ROK X. WARSZAWA, 1936, MAJ ZESZYT V.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

15 lat istnienia Kliniki Dermatologicznej U. J. P.

PODAŁ

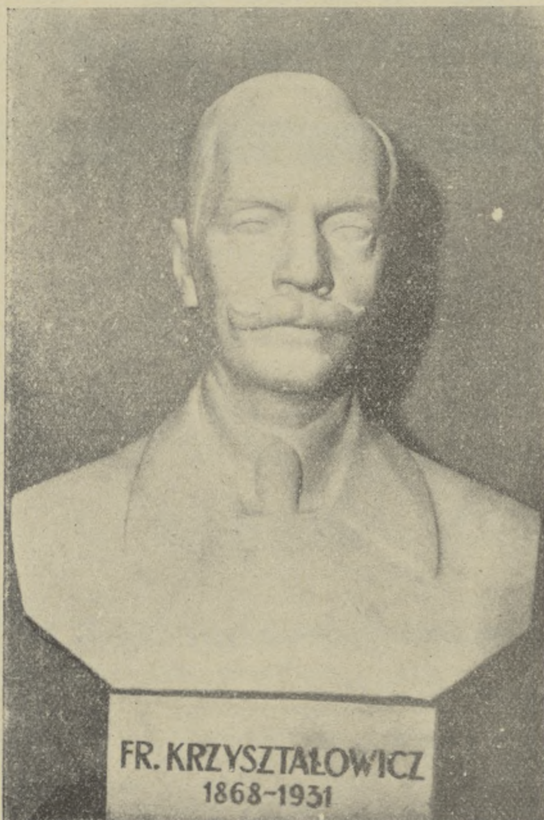
DR. KAZIMIERZ CHOLEWIUS
(st. asyst. kliniki).

Minęło 15 lat, gdy powołany dnia 1. VII. 1919 r. na katedrę dermatologji stołecznej Wszechnicy ś. p. prof. Franciszek Krzyształowicz rozpoczął prace nad zorganizowaniem kliniki, w której wychowały się do dziś duże zastępy lekarzy. Zdobycie własnego gmachu dla kliniki było połączone z dużemi trudnościami. Początkowo projektowano zainstalowanie kliniki w szpitalu Św. Łazarza podobnie, jak to było z kliniką rosyjską, następnie proponowano mały budyneczek przy ul. Chałubińskiego i tylko energja prof. Krzyształowicza, który raczej był zdecydowany powrócić do Krakowa, niż tworzyć zakład w ramach niedających mu możności rozwoju, spowodowała, że przydzielono dla kliniki duży, choć zrujnowany gmach. Przebudowę „starej koszarowej rudery", jak pisze w swym pamiętniku prof. Krzyształowicz, położonej w Warszawie przy ul. Koszykowej Nr. 82a., rozpoczęto po wspólnych żmudnych konferencjach z architektem doc. Zielińskim. Rozplanowanie wewnętrzne wykonano według pomysłu zgasłego Profesora, który wykorzystał w tym celu całe swe bogate doświadczenie, zdobyte na stanowisku dyrektora krakowskiej kliniki i w licznych podróżach zagranicą.

W gmachu doprowadzonym do porządku urządzono na pierwszym piętrze oddziały (męski i żeński) dla leżących chorych, dzielące się na część dla skórnych i wenerycznych, a obejmujące razem 80 łóżek. Na oddziałach po stronie północnej umieszczono sale opatrunkowe, łazienki, składy bielizny, kuchnię i pralnię kliniczną; stronę południową zajmowały pokoiki chorych w ilości 24, mieszczące po 2 do 5 łóżek. Parter budynku przeznaczony został na ambulatorja, do których prowadzi osobne wejście, gabinet rentgenowski, bibljotekę, pracownię, kancelarję i gabinet profesora. Obok hollu na parterze dobudowano salę wy-

kładową. Prawe skrzydło budynku mieściło mieszkania profesora i asystentów .

Skompletowane z wielkim trudem urządzenie wewnętrzne pochodziło częściowo z dawnej kliniki rosyjskiej, częściowo ze



Popiersie Założyciela Kliniki dłuta prof. Wittiga.

szpitala Dz. Jezus i składało się głównie z aparatury i mebli już nie współczesnych i częściowo nienadających się do użytku. Łóżka ,stoliki nocne i część urządzeń aptecznych pochodziła z daru Amerykańskiego Czerwonego Krzyża, uzyskanego dzięki pomocy Dr. Taylora.

Chorych ambulatoryjnie rozpoczęto przyjmować w marcu 1921 roku, pierwszy wykład odbył się 15 kwietnia, a pierwsi chorzy leżący zostali przyjęci we wrześniu tegoż roku.

Okres wojny i trudności ekonomicznych, w jakich powstawała klinika, wykorzystanie starego budynku i zbieranie inwentarza, skąd się dało, pozostawiły na klinice piętno prowizorjum, z którem trzeba było długo walczyć. Prof. Krzyształowicz doskonale zdawał sobie sprawę z tego stanu ,to też dążył do wybudowania nowej kliniki w ramach znanego wówczas projektu budowy Uniwersytetu na Rakowcu. Projektowi temu poświęcił dużo czasu i energji w okresie swego rektoratu.

W zmienionych warunkach bytowania państwa, kiedy piękne te plany okazały się niewykonalne, przystąpił, już przed samym zgonem, do gruntownej przebudowy kliniki, by usunąć braki spostrzegane w ciągu wieloletniej pracy i by dostosować klinikę do nowych wymagań. Aczkolwiek ś. p. Profesor zmarł na początku wykonywania swego planu, to jednak wszystkie późniejsze ulepszenia i inowacje były poczynione konsekwentnie z Jego zamierzeniami.

Po przeprowadzeniu gruntownej restauracji kliniki przedstawia się ona w następujący sposób: I-sze piętro obejmuje dwa *oddziały* dla chorych leżących (męski i kobiecy) po 54 łóżka każdy. Łóżka rozmieszczone są w pokoikach w liczbie od 2-ch do 5-ciu. Każdy oddział wyposażony jest w 2 sale opatrunkowe oraz 2 łazienki. Sale opatrunkowe i łazienki do 3/4 wysokości są wyłożone białą glazurą i zaopatrzone stale w wodę bieżącą zimną i gorącą. Na oddziale męskim prócz sal opatrunkowych znajduje się pokój zabiegowy, przeznaczony na miejsce drobnych zabiegów koniecznych dla chorych rzeżączkowych jak płukań w/g Janeta i na wstrzykiwania docewkowe. Na każdym oddziele znajduje się pokój dyżurnego pielęgniarza, połączony sygnalizacją dzwonkową z pokojami chorych i telefonem wewnętrznym ze wszystkiemi salami opatrunkowemi i lekarzami kliniki.



Wejście do ambulatorjów Klin. Derm. U. J. P.

Ruch chorych, leżących w klinice, osiąga coraz wyższe cyfry. Materjał chorych składa się ze schorzeń skórnych i wenery-

cznych, wśród których uwzględnia się również późne postacie kiły.

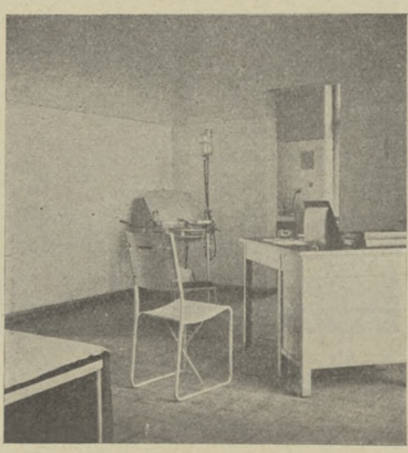


Fragment poczekalni.

W pierwszym roku istnienia kliniki liczba chorych leżących osiągnęła cyfrę 85.

W roku	1922	przyjęto	chorych	399
„	1923	„	„	399
„	1924	„	„	388
„	1925	„	„	640
„	1926	„	„	529
„	1927	„	„	489
„	1928	„	„	756
„	1929	„	„	804
„	1930	„	„	782
„	1931	„	„	466
„	1932	„	„	464
„	1933	„	„	638
„	1934	„	„	758

Klinika na początku swego istnienia posiadała dwa *ambulatorja:* męskie i kobiece, znadujące się na parterze i posiadające osobne wejście przy zbiegu ulicy Koszykowej i żelaznej. Ponieważ celowa i planowa rozbudowa ambulatorjów była kwestją palącą, tak ze względu na zwiększającą się ich frekwencję, jak i na zadania, które spełniać mają w nauczaniu, ambulatorja te poszerzono i rozdzielono na gabinety skórno - weneryczne (męski i kobiecy) oraz gabinety rzeżączki (męski i kobiecy). Prócz tego utworzono gabinet celem leczenia powikłań rzeżączki (urologja dolnych dróg moczowych). Każde z ambulatorjów wyposażone jest w podręczne laboratorjum, gdzie można dokonać najważniejszych dla rozpoznania badań.



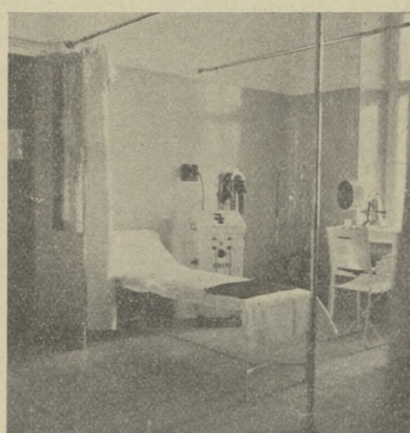
Fragment przychodni.

Konieczność poszerzenia ambulatorjów najlepiej objaśniają liczby udzielonych porad.

W roku 1923 liczba porad pierwszorazowych wyniosła 5490, powtórnych 23, 550.

W roku 1933 liczba porad pierwszorazowym wyniosła 9105, powtórnym 44.716.

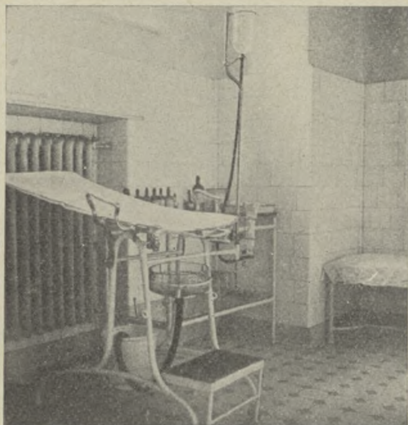
Do użytku tak chorych leżących, jak i ambulatoryjnych służą *gabinety terapji fizykalnej,* obejmujące dwie duże sale, podzielone na kabiny i wyposażone w następującą aparaturę: aparat rentgenowski (terapja i djagnostyka), lampę Bacha, lampę Sollux, lampę, Solarca, lampę Bucka, 2 djatermje zwykłe, 1 djatermję krótkofalową, lampę Kromayer'a, aparaturę do kryoterapji oraz szereg drobnych aparatów do leczenia fizykalnego.



Fragment gabinetu terapji fizykalnej.

Frekwencja gabinetu terapji fizykalnej jest bardzo znaczna, szczególnie liczne są przypadki nabłoniaków skóry.

Na parterze znajduje się *główna pracownia kliniczna*, składająca się z 4-ch sal, w których rozmieszczono chemję, serologję i bakterjologję. Miarą pracy laboratorjum jest liczba wykonanych w roku 1933 badań w sumie 10.463, w czem dość znaczny jest



Fragment sali opatrunkowej.

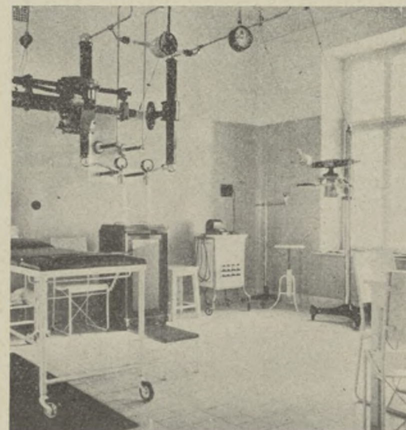
odsetek odczynów na kiłę, które klinika wykonywuje nietylko dla siebie, ale i na zlecenie lekarzy z poza kliniki. Prócz pracowni ogólnej jest osobna *pracownia histologiczna*, która dokonuje około 300 badań tkankowych rocznie. Materjał archiwalny i muzealny tej pracowni jest już obecnie niewątpliwie najbogatszy na ziemiach polskich.

Dla celów naukowych klinika posiada bibljotekę, pracownię fotograficzną i salę



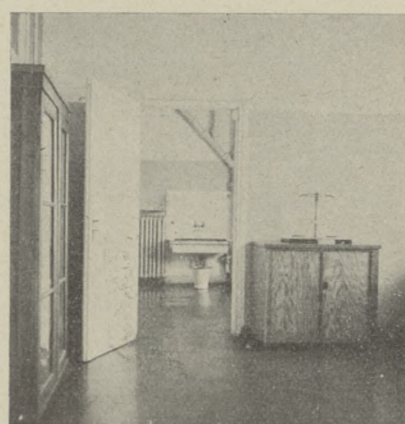
Bibljoteka.

wykładową. *Bibljoteka* zajmuje wielką salę na parterze i zawiera 1824 tomy dzieł w językach europejskich z zakresu dermatologji i wenerologji. W roku 1923 bibljoteka posiadała zaledwie 250 tomów; liczne dzieła są darem ś. p. prof. Krzyształowicza. Klinika prenumeruje stale 28 czasopism krajowych i zagranicznych. Trzeba zaznaczyć, że z bibljoteki korzystać mogą wszy-



Roentgen.

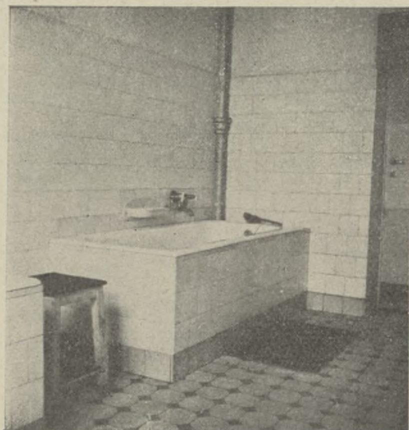
scy lekarze. *Pracownia fotograficzna* poszczycić się może 1681 zdjęciami przypadków chorobowych, prócz tego bardzo licznemi mikrofotografjami. Jest wyposażona w aparat do powiększania zdjęć, aparat do mikrofotografji i aparat do zdjęć barwnych. Materjał fotograficzny służy przedewszystkiem do ilustrowania wykładów dla studentów medycyny, w drugim rzędzie do prac, wychodzących z kliniki. *Sala wykładowa* może pomieścić 300 słuchaczy i zaopatrzona jest w epidjaskop z ekranem oraz w automatycznie opadające zasłony okien-



Fragment pracowni

ne, najnowocześniejsze w Warszawie; urządzenia te służą do łatwego ilustrowania wykładów.

Dość znacznym nakładem pieniężnym wybudowano w roku 1933 *pralnię*, która



Jedna z łazienek.

dotychczas mieściła się w obrębie samego gmachu kliniki. Zważywszy rodzaj schorzeń, leczonych w klinice, wydatek ten był niezbędny.

Kierownikiem kliniki, od jej założenia aż do swej śmierci w dniu 20. X. 1931 r., był prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz. Po Jego śmierci kierownictwo objął doc. Dr. Marjan Grzybowski, który dnia 1. IX. 1935 r. został mianowany profesorem.

Adjunktami kliniki byli: Dr. Roszkowski Józef (1. VII. 1921 - 30. IX. 1922), Dr. Borkowski Witold (1. X. 1922 - 30. IX. 1931), doc. Dr. Grzybowski Marjan (1. X. 1931 — 1. IX. 1935), obecnie adjunktem jest Dr. Goćkowski Jan (1. IX. 35 r.). Asystentami byli kolejno: Borkowski Witold, Straszyński Adam, Szumski Jan, Gawroński Włodzimierz, Wowkonowicz Marjan, Kapuściński Stanisław, Ostrowski Stanisław, Jarrówna Wanda, Sroczyński Stanisław, Szymański Norbert, Chylewski Włodzimierz, Jastrzębska Zofja, Goćkowski Jan, Malski Tadeusz, Cholewius Kazimierz, Raszkes Bolesław.

Hospitantami kliniki było 38 lekarzy, prócz tego kilkunastu lekarzy odbywało staż. — Od 3-ch lat klinika w letnich miesiącach gości stale lekarzy i studentów z zagranicy (Czechosłowacja, Rumunja, Albanja).

Niższy personel kliniki w ilości 34 osób dzieli się na pomoc lekarską, podlegającą 3-m zawodowym pielęgniarkom oraz na służbę porządkową, podlegającą długoletniej kierowniczce E. Maciejewskiej.

Kancelarja kliniki zatrudnia 2 urzędniczki, które pod kierunkiem adjunkta zajmują się całkowitą administracją kliniki; klinika bowiem pod względem gospodarczym jest niezależna, samowystarczalna, posiada budżet własny, zatwierdzany przez Min. W. R. i O. P. Klinika nie korzysta z żadnych dotacyj państwowych ani samorządowych i gospodaruje w ramach własnych dochodów. Na dochody te składają się drobne opłaty ambulatoryjne oraz opłaty za chorych leżących, które wahają się od zł. 9,50 (chorzy prywatni) do zł. 5.50 (chorzy z U. S.) — dziennie.

Na pracę naukową lekarzy kliniki składają się prace na środowych posiedzeniach klinicznych, prace w Towarzystwie Dermatologicznem oraz dorobek naukowy, ogłoszony drukiem. Od szeregu lat utartym zwyczajem w środę każdego tygodnia demonstrowane są, zasługujące na omówienie, przypadki kliniczne, referowane bieżące piśmiennictwo lekarskie oraz wygłaszane odczyty na zgłoszone lub wyznaczone tematy. Na zebrania te uczęszczają również lekarze z poza kliniki.

Lekarze kliniczni (kierownik, asystenci i hospitanci) biorą czynny udział w posiedzeniach Oddziału Warszawskiego P. T. D. gdzie corocznie przedstawiają kilkadziesiąt przypadków klinicznych i wygłaszają odczyty. Pozatem lekarze kliniki uczestniczyli w licznych zjazdach krajowych i zagranicznych.

Z dorobku ogłoszonego drukiem wymienić należy 21 prac prof. Krzyształowicza (1919 — 1931), 37 prac prof. Grzybowskiego oraz 19 prac prof. Straszyńskiego (1923 — 1931). Ogółem wyszło z kliniki 97 prac ogłoszonych drukiem.

Praca wychowawcza. Corocznie do kliniki uczęszcza około 200 studentów medycyny, którzy 2 razy tygodniowo słuchają 2-u godzinnych wykładów połączonych z demonstrowaniem chorych i przezroczy. Od 2-ch lat wprowadzono obowiązkowe 3 colloquia i nieobowiązkowe ćwiczenia dla studentów w rozpoznawaniu chorób skórnych i wenerycznych.

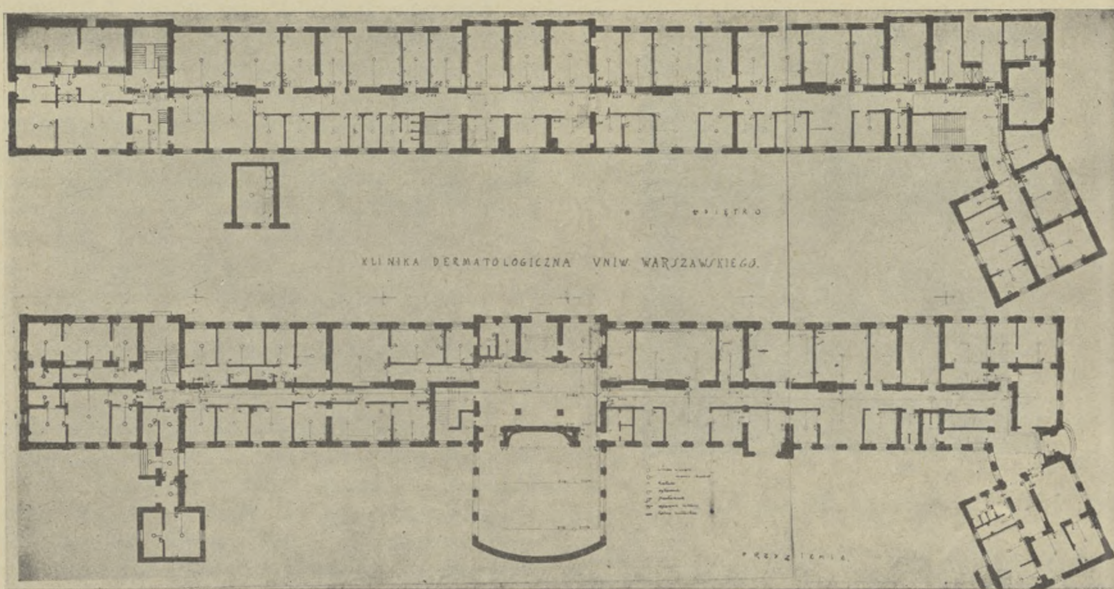
Pewnym sprawdzianem pracy wychowawczej kliniki są również dalsze losy jej wychowanków - asystentów.

Trzech z nich zostało profesorami (Malinowski, Straszyński, Grzybowski), pięciu habilitowało się (Malinowski, Grzybowski, Straszyński, Kapuściński, Ostrowski), trzech zostało ordynatorami (Kapuściński, Ostrowski, Borkowski).

Materjał podany powyżej nie obejmuje całokształtu działalności Kliniki Dermatologicznej U. J. P., pozwala jednak zorjentować się w pracy i wysiłku za ubiegłe piętnastolecie.

* * *

W dniu 15 grudnia 1935 roku Klinika Dermatologiczna U. J. P. obchodziła swe święto. Było niem odsłonięcie w hollu kliniki popiersia ś. p. Rektora Krzyształowicza, dłuta prof. Wittiga. Szlachetna głowa Zmarłego wykuta w białym marmurze jest widomym znakiem trwania Jego idej w sercach uczniów.



Plan Kliniki Dermatologicznej Uniw. Józefa Pił sudskiego.

O zapobieganiu kile wrodzonej

PODAŁ

PROF. M. GRZYBOWSKI [1]).

Niekorzystne wyniki leczenia, uzyskiwane w kile wrodzonej, wysoka śmiertelność potomstwa osobników kiłowych i występowanie zboczeń, całkowicie nie poddających się leczeniu, a wreszcie i zapobiegawczy kierunek współczesnej medycyny, wszystko są to czynniki, wymagające ustalenia postępowania, pozwalającego na uniknięcie przeniesienia zakażenia na potomstwo.

Dzięki postępom syfilidologji w ostatniem ćwierćwieczu cel ten może być osiągnięty w tak znacznej większości przypadków, że niektórzy współcześni lekarze (*Moore* 1934) porównywają możliwość zwalczenia kiły wrodzonej z wynikami już uzyskanemi przez medycynę w zakresie opanowania epidemicznego szerzenia się ospy. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że nadejdzie czas, w którym przypadki kiły wrodzonej występować będą głównie w społeczeństwie lub wśród warstw ludności zacofanych pod względem higjeny i kultury.

W celu opracowania prawidłowego sposobu zwalczania kiły wrodzonej należy zdawać sobie sprawę ze sposobu przenoszenia jej na potomstwo.

Zgodnie z współczesnemi poglądami, kiła zostaje przenoszona na potomstwo przez matkę, ta zaś najczęściej zakażona jest w małżeństwie przez mężczyznę, który nabawił się kiły w życiu przedmałżeńskiem; znajduje to potwierdzenie w dawniejszych statystykach *Fourniera,* z których wynika, że 67% kiłowych kobiet zostało zakażonych przez mężów chorych już z czasów przedmałżeńskich, jak również i we współczesnych obliczeniach *Solomona* (Am. Półn.), który podaje, że 80 — 90% żonatych mężczyzn kiłowych zachorowało przed wstąpieniem w związki małżeńskie, przemawia wreszcie za tem i codzienna obserwacja kliniczna.

Taki sposób szerzenia się kiły w rodzinach wymaga w pierwszym rzędzie zapobieżenia zakażeniu kobiety przez chorego mężczyznę; o ile zaś uniknąć tego się nie udało, należy dążyć do zapobieżenia przeniesieniu kiły na płód.

Zapobieżenie przeniesieniu kiły przez chorą matkę na płód wymaga odpowiedniego leczenia kobiety przed okresem ciąży i podczas jej trwania. Leczenie kobiet kiłowych przed okresem ciąży ma na celu uleczenie ich lub osiągnięcie trwałego stanu bezobjawowego i powinno być prowadzone wedle wskazówek ogólnych, dotyczących leczenia kiły nabytej. Leczenie kobiet podczas ciąży zmierza nie tylko do uleczenia samej kiłowej, lecz przedewszystkiem do zapobieżenia przeniesieniu choroby na potomstwo i dlatego, jak przekonamy się, powinno być stosowane nawet u kobiet znajdujących się w dobrym stanie zdrowia, a więc w okresie kiły bezobjawowej, kiedy może nie być wskazań do leczenia kobiet nie ciężarnych. Skuteczność leczenia ciężarnych i możliwość uniknięcia zakażenia płodu zależy od wczesnego rozpoczęcia kuracji, od czasu jej trwania i nasilenia. Wczesne zaś rozpoczęcie leczenia przeciwkiłowego u kobiet ciężarnych ze swej strony uzależnione bywa od szybkiego rozpoznania kiły, co w powyższych razach napotyka niemałe trudności.

Dla możliwie wczesnego ustalenia przebytej przez ciężarną kiły, należy zwrócić uwagę na szereg okoliczności.

ROZPOZNANIE KIŁY U CIĘŻARNYCH.

1. **Wywiady.** Niewątpliwie istnieje wiele przypadków, w których kobieta, uświadomiona o zakażeniu swego męża lub własnem, po zajściu w ciążę informuje lekarza o chorobie. Nie zawsze jednak sprawa kształtuje się tak pomyślnie i niejednokrotnie nie wie ona o zakażeniu. Zbieranie wywiadów w kierunku kiły od takich kobiet jest zazwyczaj trudne i przykre, napotyka bowiem na niezrozumienie, a czasem nawet na oburzenie ciężarnej lub jej rodziny; być może z tego właśnie względu położnicy unikają czasem indagacyj w oma-

[1]) Na podstawie mającej się ukazać monografji „Leczenie kiły".

wianym kierunku. Należy jednak podkreślić doniosłość dokładnych wywiadów w zakresie ewentualnie istniejącego zakażenia kiłowego, zarówno u ciężarnej, jak u jej męża. Stwierdzenie kiły lub uzasadnione podejrzenie istnienia jej u męża ciężarnej jest wskazaniem do szczególnie troskliwego zbadania pod tym względem samej ciężarnej. Ustalenie zaś na podstawie wywiadów kiły u ciężarnej jest wskazaniem do rozpoczęcia leczenia swoistego, niezależnie od czasu trwania choroby i jej okresu oraz od sposobu poprzedniego leczenia (p. niż.).

Drogą wywiadów ustalić należy, czy ciężarna przechodziła szankra lub owrzodzenia części płciowych, czy była leczona wstrzykiwaniami domięśniowemi lub dożylnemi, czy stosowano u niej wcierki; wreszcie ważnem jest zbadanie przebiegu ciąży poprzednich (poronienia).

2. **Badanie przedmiotowe.** Wykrycie u ciężarnej objawów kiły czynnej lub przebytej jest bezwzględnem wskazaniem do rozpoczęcia leczenia przeciwkiłowego; wobec tego jednak, że kiła wogóle, w szczególności zaś u kobiet ciężarnych, nierzadko przebiega w postaci utajonej, tylko w niewielkiej odsetce przypadków udaje się wykryć ją badaniem objektywnem.

Już *Fournier* zwrócił uwagę na łagodny, częstokroć od początku choroby utajony, przebieg kiły u kobiet, które zostały zakażone bezpośrednio przed ciążą lub podczas jej trwania; spostrzeżenia te zostały potwierdzone przez *Moore'a*, a i z liczb, przytoczonych przez prof. *Czyżewicza* wynika, że na 5 ciężarnych z kiłą objawową (jawną) wypada 100 z utajoną; bardzo zbliżone obliczenia znajdujemy u *Moore'a* i *Tenconiego*, wszystkie liczby których zgodnie ilustrują trudność wykrycia kiły u ciężarnych na podstawie badania objektywnego.

3. **Odczyny serologiczne.** W tych warunkach szczególną doniosłość posiada serologiczne badanie krwi u ciężarnych metodą Wassermanna lub inną. Dawniej panowało mniemanie (i teraz niekiedy wypowiadane), że ciąża może wywołać powstawanie nieswoistego odczynu wiązania dopełniacza u kobiet niekiłowych; zdanie to pochodzi niewątpliwie z czasów, kiedy technika serologiczna była mniej doskonała, niż dzisiaj, skutkiem czego nieswoiste odczyny serologiczne nie należały do rzadkości. Obecnie do poglądu tego nie można się przychylić i większość autorów uważa, że w ciąży istnieje raczej skłonność do występowania ujemnego odczynu Wassermanna, mimo istniejącej kiły; dotyczy to w szczególności ostatnich miesięcy ciąży.

Z obszernych statystyk wynika, że na podstawie badania serologicznego zaledwie w 80% przypadkach udaje się rozpoznać kiłę u ciężarnych, w 20% zaś nie zostaje ona rozpoznana przy zastosowaniu li tylko tej metody.

Trudność stwierdzenia kiły u ciężarnej oraz wielka osobnicza i społeczna doniosłość jej wykrycia są wskazaniem do dokładnego zbadania w tym kierunku każdej ciężarnej. Za podstawową zasadę postępowania praktyka i położnika powinno być uznane przeprowadzenie u każdej ciężarnej szczegółowego wywiadu osobistego i rodzinnego dla wykrycia istniejącej kiły, dokonanie w każdym przypadku serologicznego badania krwi i ogólnego badania klinicznego. Dotyczy to zarówno praktyki prywatnej, jak i organizacyj pomocy lekarskiej o charakterze społecznym, posiadającej szeroki zakres działania, zwłaszcza wśród sfer ubogich i zaniedbanych pod względem higjeny.

Częstość kiły u ciężarnych. Trudność wykrycia kiły u kobiet ciężarnych w pewnym stopniu tłumaczy rozbieżność w ocenie częstości jej przez różnych autorów; drugą przyczyną tej rozbieżności jest rozmaita częstość zakażenia kiłowego w różnych środowiskach i społeczeństwach.

Naogół można przyjąć, że najmniej 5 — 6% kobiet ciężarnych jest dotkniętych kiłą, co jest liczbą niewątpliwie bardzo wysoką, zwłaszcza w porównaniu do nieznacznej liczby kobiet kiłowych leczących się podczas ciąży.

Przyczyną tego jest mały stopień uświadomienia społeczeństwa o groźnym wpływie kiły na potomstwo i o zbawiennem działaniu leczenia przeciwkiłowego podczas ciąży na stan zdrowia płodu; laicy częstokroć wyrażają zdumienie i niedowierzanie, słysząc, że osobnik kiłowy może, a nawet powinien mieć zdrowe potomstwo. Sceptycyzm taki doprowadza do unikania potomstwa i zaniedbania leczenia, a skutki podobnego postępowania opłaca społeczeństwo tysiącami martwo urodzonych płodów rocznie i dużą liczbą niedorozwiniętych i chorych jednostek.

Zapobiegawczy wpływ leczenia na przenoszenie kiły na płód. Nader niekorzystny wpływ zakażenia kiłowego matki na stan potomstwa wynika z obszernych zestawień liczbowych, które wykazują, że 75% dzieci kobiet, niedotkniętych kiłą, żyje i znajduje się w dobrym stanie zdrowia, a zaledwie 16% spośród potomstwa matek kiłowych nie leczonych jest zdrowa; jeśli więc kobieta niekiłowa ma 3 szanse przeciwko jednej na posiadanie dzieci żyjących i zdrowych — *kiłowa nie leczona* ma zaledwie jedną szansę przeciw 5.

Postępy lecznictwa przeciwkiłowego w ostatnich dwóch dziesięcioleciach w najwybitniejszym stopniu odbiły się na leczeniu wczesnych okresów kiły nabytej oraz na możliwości zapobieżenia przenoszeniu zakażenia kiłowego na potomstwo, dlatego też zupełnie inaczej przedstawiają się liczby, ilustrujące stan potomstwa u kobiet kiłowych *dobrze leczonych*. Podług *Stokes'a* szanse przeniesienia kiły na płód przez kobietę nie leczoną i znajdującą się w okresie kiły drugorzędnej (a zatem chorą nie dłużej od 5 lat) równają się conajmniej 70 na 100; pod wpływem energicznego leczenia metodycznego odsetek ten obniża się do 5 — 8%, a nawet do liczb niższych u tych kobiet, które rozpoczęły leczenie w okresie kiły wczesnej. Dla zobrazowania takiego stanu rzeczy przytaczam następujące zestawienie zbiorowe.

Tablica I.

Sposób leczenia	Kobiety nie leczone	Kobiety leczone
	% % dzieci kiłowych oraz zgonów	% % dzieci kiłowych oraz zgonów
Borowska	100	28,2
Adams	79	24
Williams	53	37
Walter	96,4	33,3
Klaften	79,1	0,9
Almquist	27	4

Bardzo rozmaite odsetki kiłowych dzieci podane w powyższem zestawieniu, tłumaczą się stosowaniem nader rozmaitych metod leczenia. Szczegółowa analiza przyczyn wpływających na wynik leczenia wykazuje, że następujące czynniki wpływają na jego skuteczność i na stan potomstwa kobiet kiłowych poddanych kuracji swoistej:

a) rodzaj użytego leku,

b) nasilenie i czas trwania leczenia,

c) leczenie przed zajściem w ciążę i podczas niej,

d) okres ciąży, w którym leczono chorą.

Wartość leków w zapobieganiu szerzeniu się kiły wrodzonej. Współczesne leki kiłowe mają bardzo różną wartość w zapobieganiu przenoszeniu kiły na potomstwo. Najskuteczniejsze są pod tym względem leki o silnem działaniu krętkobójczem.

1. **Preparaty jodowe** prawie nie zmniejszają możliwości przeniesienia kiły na potomstwo, co jest zupełnie zrozumiałe, gdyż działają one głównie na zmiany naczyniowe, wywołane przez kiłę późną oraz na rozmaite nacieki zapalne, nie wywierają natomiast wpływu krętkobójczego, w związku z czem nawet we wczesnej kile nabytej nie zmniejszają zakaźności chorego i co zatem idzie możliwości przeniesienia zakażenia na płód. Lek ten jest zatem bez wartości w zapobieganiu kile wrodzonej i w leczeniu ciężarnych.

2. **Rtęć.** Większą wartość pod tym względem posiadają przetwory rtęciowe. Zalety rtęci w zapobieganiu kile wrodzonej znane były już *Fournierowi*, który zalecał podawanie jej w okresie ciąży i karmienia u wszystkich kobiet ciężarnych, które przechodziły kiłę lub których mężowie byli dotknięci tą chorobą.

Możliwość uniknięcia przeniesienia kiły na płód przez stosowanie kuracji wyłącznie rtęcią nie jest jednak duża, zwłaszcza we wczesnej kile uogólnionej; działanie rtęci zaznacza się raczej osłabieniem nasilenia i rozległości zmian chorobowych u noworodka, nie wystarcza jednak dla zapobieżenia zakażeniu płodu. Ze względu na słabe działanie rtęci w tych razach poleca *Clément Simon* stosowanie jej przez cały czas trwania ciąży. Jednakże tak długie leczenie rtęciowe bez przerw nie zasługuje na polecenie, zwłaszcza u ciężarnych, znoszących leki naogół gorzej od kobiet nie znajdujących się w ciąży; z wymienionych względów leczenie rtęcią winno być stosowane wyłącznie u tych ciężarnych, u których inne leki nie mogą być podawane. Wobec tego, że zapobiegawcze działanie rtęci jest słabsze od innych środków przeciwkiłowych, wskazania do stosowania rtęci u ciężarnych są ograniczone i dotyczą li tylko przypadków nieznoszenia bizmutu oraz

chorych przebywających w miejscowościach odległych od pomocy lekarskiej, przytem bardzo wartościowym sposobem leczenia, który może być w tych razach zastosowany, są wcierania maści szarej.

Wybór przetworu rtęciowego dla leczenia ciężarnych. Leczenia kobiet kiłowych w ciąży nie należy opierać na przetworach rtęciowych, stosowanych doustnie lub też na wstrzykiwaniach rtęci rozpuszczalnej; działanie pierwszych jest bowiem zbyt słabe, drugie zaś powinny być użyte głównie w przypadkach, w których zachodzi konieczność szybkiego, energicznego, lecz krótkiego zadziałania; przetwory rozpuszczalne podawane przez długi okres czasu, co jest konieczne w leczeniu kiły u ciężarnych, najczęściej wywołują podrażnienie nerek lub inne objawy nieznoszenia (stomatitis, enteritis).

Zawiesiny przetworów nierozpuszczalnych mogą być stosowane w tych razach z większem powodzeniem, jednakże kalomel jest zbyt bolesny i z tego względu trudny do polecenia; lepiej znoszone są wstrzykiwania salicylanu rtęci, który powinien być wybrany dla leczenia kiły u ciężarnych wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych. Środkiem posiadającym duże zalety w leczeniu osób ubogich lub znajdujących się na głuchej prowincji jest maść szara w postaci wcierek; skuteczność jej jest wszakże mniejsza od wstrzykiwań rtęci, a zwłaszcza bizmutu i neoarsenobenzolu. Dlatego też te dwa ostatnie przetwory należy uważać za podstawę współczesnego leczenia kiły u ciężarnych.

3. **Bizmut** bywa zazwyczaj dobrze znoszony przez kobiety ciężarne a posiada przytem energiczne działanie przeciwkiłowe; wprawdzie pod względem zdolności zapobiegania przenoszeniu kiły na płód ustępuje on arsenobenzolom, jest jednak skuteczniejszy od rtęci. Ujemną stronę leczenia bizmutem stanowi jego zdolność do wywoływania podrażnienia nerek, co szczególnie często spostrzega się u ciężarnych; wprawdzie zmiany w nerkach są w tych razach najczęściej dobrotliwe, przy leczeniu długiem mogą jednak wystąpić zatrucia ciężkie, dlatego kontrola moczu ciężarnych, leczonych bizmutem ma szczególne znaczenie, samo zaś dawkowanie powinno być oględniejsze niż u kobiet nieciężarnych; nie należy zatem wstrzykiwać więcej od 0,06 do 0,08 bizmutu metalicznego na dawkę dwa razy w tygodniu.

4. **Neoarsenobenzol** ze względu na swą zdolność zapobiegania przenoszeniu kiły na płód, jest najwartościowszym środkiem w leczeniu kiły u ciężarnych. Mimo to jeszcze obecnie przez niespecjalistów nieraz wypowiadane są obawy przed stosowaniem tego leczenia u kobiet ciężarnych, ze względu na rzekomą jego zdolność do wywoływania krwawień macicznych i poronień. Obawy te są nieuzasadnione, a *Jeanselme* już w roku 1913 wykazał, że neoarsenobenzol nietylko nie powiększa liczby poronień, lecz w bardzo wybitnym stopniu wpływa na ich zmniejszenie; jeśli więc u ciężarnych kobiet, leczonych samą rtęcią odsetek dzieci żywo-urodzonych równa się 66%, wzrasta on podług *Jeanselma* — przy stosowaniu nearsenobenzolu do 92%. Tylko w razie stosowania dawek nadmiernych może on wywołać omawiane powikłania, gdyż znoszenie jego przez ciężarne jest nieco gorsze od znoszenia przez kobiety nieciężarne. Na podstawie obliczeń *Pomareta* na zwierzętach można uważać, że znoszenie neoarsenobenzolu przez ciężarne zwierzęta jest o 30% gorsze od znoszenia tegoż leku przez nieciężarne; współczynnik ten przyjąć można także i dla ludzi i odpowiednio obniżyć dawkowanie. Z powyższych względów uważam, że dawka 0,45 nearsenobenzolu u kobiet ciężarnych nie powinna być przekraczana, najczęściej zaś ograniczyć się można do 0,30 na jedno wstrzyknięcie. Na pierwszą dawkę należy wstrzyknąć 0,15, na drugą po dwóch dniach 0,20, na trzecią po trzech dniach 0,25; dalsze zaś dawki stosować należy w odstępach 5-cio — 7-iodniowych w wysokości 0,30 lub 0,45; zaznaczę, że czasem ilości znacznie większe są znoszone dobrze, a niektórzy dochodzą nawet do 0,90, czego nie radzę jednak naśladować.

Wartość neoarsenobenzolu w zapobieganiu przenoszeniu kiły na potomstwo jest tak wybitna, że nie powinien on być pominięty w żadnym przypadku kiły u ciężarnych, z wyjątkiem tych, u których występują objawy wybitnego nieznoszenia.

Aczkolwiek neoarsenobenzol posiada dużą wartość w leczeniu kiły wszystkich okresów, działanie jego występuje szczególnie wyraźnie u tych kobiet ciężarnych, u których zakażenie nastąpiło wkrótce po zajściu w ciążę; jak przekonałem się, przez odpowiednio nasiloną kurację neoarsenobenzolową można doprowadzić w tych razach do urodzenia potomstwa zdrowego,

co jest nieosiągalne przy stosowaniu leczenia wyłącznie rtęcią, a nawet bizmutem. Dla osiągnięcia dobrego wyniku leczniczego leczenie neoarsenobenzolem powinno być jednak odpowiednio nasilone.

Wysokość dawki ogólnej. Duży wpływ na wynik leczenia wywiera ogólna ilość podanego neoarsenobenzolu; niepowodzenie w leczeniu kiły ciężarnych tym środkiem często tłumaczy się zbyt niskiem dawkowaniem, na potwierdzenie czego przytoczę następujące zestawienie, wzięte od *Pinarda*.

Tablica II.

Sposób leczenia	Liczba spostrz. ciąży	Dzieci żyjących	
		liczba	% %
2 kuracje neoarsenobenzolowe	29	27	93
1 kuracja neoarsenobenzolowa	36	33	91
Leczenie dorywcze	16	9	56
Nie leczone	53	20	38

Jeszcze przejrzyściej uwidacznia się rola ilości podanego neoarsenobenzolu z liczb *Turnera* i *Mc Kelveya* (1934), które dotyczą 650 przypadków ciąży u kobiet kiłowych, leczonych wyłącznie neoarsenobenzolem i to jedynie w okresie ciąży, (poprzednio leczenie nie było stosowane).

Tablica III.

Sposób leczenia	Stan dziecka przy urodz			Stan dziecka przy kontroli późnej		
	Liczba przyp.	% żyjących	% martwo urodzonych	Liczba przyp	% zdrowych	% kiłowych
Żadne	268	54,1	45,9	155	36,4	64,5
Neoarsenobenzol w ilości 1 gr	118	89,0	11,0	78	73,0	27,0
Neoarsen. w ilości 1,0 — 2,0 gr	127	90,6	9,4	94	79,7	20,3
Neoarsen. w ilości 2,0 — 3,0 gr	85	91,8	8,2	62	83,8	16,1
Neoarsen. w ilości 3,0 — 2,0 gr	33	100,0	0,0	24	87,5	12,5
Neoarsen. w ilości 4,0 — 6,0 gr	19	94,7	5,3	13	100,0	0,0

Z liczb tych wynika doniosłość leczenia podczas ciąży oraz rola ogólnej ilości neoarsenobenzolu podanego podczas kuracji przytem za ilość wystarczającą można uważać wstrzyknięcie podczas trwania ciąży neoarsenobenzolu w ogólnej ilości równej 6,0 gr., czyli przy przeciętnej dawce 0,30 dokonanie około 20 — 24 wstrzykiwań (na pierwsze dawki wstrzykuje się mniej), co stanowi około trzech kuracyj swoistych. W razie późnego rozpoczęcia leczenia dawkowanie winno być podwyższone do 0,45, a nawet do 0,60 na jedno wstrzyknięcie.

Skuteczność profilaktyki kiły wrodzonej zależy zatem w znacznym stopniu od rodzaju leku, przytem największą wartość zapobiegawczą posiada neoarsenobenzol, oraz od ogólnej jego ilości podanej podczas leczenia; drugim ważnym momentem jest okres, w którym kobieta była leczona; najlepsze wyniki uzyskuje się u kobiet poddawanych kuracji zarówno podczas ciąży, jak i przed nią. Dla udowodnienia tego przytaczam nader ciekawe zestawienie *Gameltopfa i Boasa*, ilustrujące omawiane okoliczności.

Tablica IV.

Leczenie		Ilość ogólna przypadków	% % dzieci zdrowych	% % dzieci kiłowych lub martwo urodz.
przed ciążą	podczas ciąży			
Żadne	Żadne	201	3,5	96,5
Rtęcią	„	87	10,0	90,0
Salwarsanem	„	15	20,0	80,0
„	Rtęcią	111	28,0	72,0
Żadne	„	26	73,0	27,0
„	Salwarsanem	98	80,5	19,5
Salwarsanem	„	77	85,5	14,5

Jak widać z powyższej tablicy, liczby tych autorów wykazują szczególną doniosłość leczenia podczas trwania ciąży, zwłaszcza jeśli polegało ono na stosowaniu neoarsenobenzolu.

Statystyka *Klaftena* (1928), dotycząca śmiertelności potomstwa kobiet kiłowych, leczonych w rozmaitych okresach ciąży również wykazuje dużą rolę leczenia stosowanego przed okresem ciąży, zwłaszcza zaś podczas jej trwania.

Umyślnie przytaczam dużą ilość zestawień ilustrujących wpływ leczenia kobiety kiłowej na stan jej potomstwa, sprawa ta bowiem ma bardzo duże znaczenie, za-

Tablica V.

Leczenie	Poronień	Martwo urodzeni	Przedw. poród	Śmiert. w 1 tygodniu	Pozostało przy życiu
Żadne	19,6 %	24,3 %	20,8 %	8,2 %	21,9 %
Przed ciążą	22,8 %	9,3 %	9,9 %	13,0 %	45,0 %
Podczas ciąży	10,6 %	1,2 %	4,7 %	16,5 %	67,0 %
Przed i podczas	10,8 %	—	3,1 %	1,5 %	84,6 %

patrywania zaś publiczności nielekarskiej, a czasem nawet lekarzy na możliwość zapobieżenia występowaniu kiły wrodzonej są częstokroć całkowicie błędne; sam znam lekarzy, którzy tak sceptycznie zapatrują się na stan zdrowia potomstwa kobiet kiłowych, że w rozmowach ze mną wypowiadali pogląd o konieczności unikania dzieci przez osoby, które przebyły kiłę.

Bardzo obszerną i szczegółową statystykę, dotyczącą losu potomstwa kiłowych matek, przytacza *Goldenberg* (1927), który prześledził przebieg 7196 ciąży kobiet kiłowych, przytem badania te zostały rosciągnięte na okres do roku po urodzeniu; dla przejrzystości podam tylko śmiertelność ogólną dotyczącą płodów i niemowląt do roku życia.

Tablica VI.

Sposób leczenia: przed ciążą	Sposób leczenia: podczas ciąży	% % śmiert. dzieci kiłowych
Żadne	Żadne	72
Rtęcią (niesystematycznie)	"	82
Rtęcią (bardzo intensywnie)	"	52
Żadne	Rtęcią	50
Rtęcią	"	27
Żadne	Neoarsenobenzol.	30
Neoarsenobenzolem + rtęć	Żadne	47—60[1])
Neoarsenobenzolem + bizmut	Neoarsenobenzolem + rtęć	16—20[1])
Żadne	Neoarsenobenzolem + bizmut	14
Neoarsenobenzolem + bizmut	Neoarsenobenzolem + bizmut	0

Jak z liczb powyższych wynika, najlepsze wyniki uzyskuje się przy stosowaniu leczenia kombinowanego tak przed ciążą, jak i w czasie jej trwania, przytem przy leczeniu mieszanem bizmutem i neoarsenobenzolem śmiertelność może być minimalna.

Dużo uwagi poświęcono rozstrzygnięciu kwestji, w jakim okresie ciąży (późnym czy wczesnym) leczenie bywa najskuteczniejsze, a zdania pod tym względem jeszcze nie są całkowicie uzgodnione. Większość autorów zgadza się z tem, że dla profilaktyki kiły wrodzonej ma duże znaczenie możliwie wczesne rozpoczęcie leczenia ciężarnej jednakże również i leczenie w późnych okresach ciąży nie jest bez znaczenia.

W załączonej tablicy zebrane są dwie grupy ciężarnych: jedne leczono w pierwszej połowie ciąży, pozostałe zaś w drugiej; sam dobór chorych i sposób leczenia w obu grupach były jednakowe. Z liczb przytoczonych w tablicy wynika, że odsetek dzieci zdolnych do życia jest taki sam w obu grupach, natomiast liczba kiłowych dzieci jest większa w przypadkach leczonych tylko w drugiej połowie ciąży, jest ich jednak znacznie mniej, niż u kobiet zupełnie nieleczonych. Z tego widać, że leczenie przeciwkiłowe jest korzystniejsze w pierwszej połowie ciąży, jednak i leczenie prowadzone w drugiej połowie jej również wywiera pomyślny wpływ na stan zdrowia potomstwa kobiety ciężarnej, a zatem ostrożność wymaga leczenia przez cały czas trwania ciąży.

Tablica VII.

Leczenie	Stan dziecka przy urodz.: Liczba przypadków	% % żyj.	% % mart. urodzonych	Stan dziecka przy późn. kontr.: Liczba przypadków	% % zdrow.	% % kiłow.
W 1 — 5 mies. ciąży	74	90,5	9,5	57	91,2	8,7
W 6 — 10 mies. ciąży	312	89,5	10,5	220	77,7	22,2
Żadne	268	54.1	49,5	155	35,4	64,5

Z tablicy tej wynika, że leczenie rozpoczęte w pierwszej połowie ciąży skuteczniej zapobiega przeniesieniu kiły na płód.

[1]) W zależności od nasilenia leczenia.

SPOSÓB LECZENIA KIŁY U CIĘŻARNYCH.

Początek leczenia. Wobec wielkiej doniosłości leczenia kobiety ciężarnej, dotkniętej kiłą, powinno ono zostać rozpoczęte natychmiast po rozpoznaniu ciąży u kiłowej, lub kiły u ciężarnej, przytem zdaniem większości autorów *(Moore, Borowska, Boas)*, z czem w zupełności zgadzam się, ma ono być podejmowane niezależnie od sposobu poprzedniego leczenia i klinicznego stanu chorej; leczenie swoiste należy zatem rozpocząć *nawet u kobiet poprzednio systematycznie leczonych i nie wykazujących klinicznych lub serologicznych objawów kiły.*

Czas trwania leczenia. Leczenie ciężarnej powinno trwać przez cały czas ciąży z krótkiemi 2—3 tygodniowemi przerwami, koniecznemi dla uniknięcia nadmiernego obciążenia narządów wydalniczych, a w pierwszym rzędzie nerek.

Wszelkie zwłoki z rozpoczęciem leczenia są przeciwwskazane — nie można również zgodzić się z wysuwanym przez niektórych autorów podziałem ciąży na okresy bardziej lub mniej doniosłe z punktu widzenia możliwości przeniesienia kiły na płód; czas zakażenia płodu, czynniki odgrywające tu rolę oraz szybkość sforsowania barjery łożyskowej przez krętki, są to kwestje dotąd niezupełnie wyjaśnione, a przytem z pewnością nie we wszystkich przypadkach przebiegające jednakowo; z wymienionych względów nie należy opierać postępowania leczniczego w tak ważnej sprawie, jak zapobieganie kile wrodzonej, na danych niezupełnie pewnych, lecz leczyć przez cały czas trwania ciąży. Jest to uzasadnione nawet z punktu widzenia teoretycznego, gdyż wedle współczesnych zapatrywań, zakażenie płodu najczęściej następuje dopiero w 4 — 5 miesiącu życia płodowego, jednakże przez cały czas poprzedzający odbywa się osiedlanie krętków w naczyniach macicy i w łożysku oraz powstawanie zmian anatomicznych, doprowadzających do zakażenia płodu. Celowość możliwie wczesnego rozpoczęcia leczenia jest więc zupełnie zrozumiała, gdyż we wczesnych okresach ciąży w macicy i łożysku zachodzą procesy chorobowe, które pozostawione bez interwencji lekarskiej doprowadzają do zakażenia płodu, natomiast leczenie rozpoczęte we wczesnych okresach ciąży zapobiega zmianom, bez których zakażenie nie występuje.

Wybór leków. Wyżej przytoczone liczby wykazały, że najlepiej stosować leczenie mieszane neoarsenobenzolem i bizmutem, w razie nieznoszenia neoarsenobenzolu, należy leczenie oprzeć na bizmucie i dołączyć inne związki arsenowe, jak eparseno, acetylarsan, solu salwarsan lub sulfarsenol. Wspominam często o tych dwóch ostatnich lekach, mimo, że nie są one w Polsce zarejestrowane, mniemam bowiem, że uzyskają one wkrótce wstęp na polski rynek. W razie nieznoszenia również i tych leków, należy przeprowadzić kolejne kuracje bizmutowe i rtęciowe. U kobiet nie znoszących bizmutu, należy zastąpić go rtęcią; wreszcie u tych ciężarnych, które znajdują się w miejscowościach odległych od pomocy lekarskiej, winno się stosować wcieranie szaruchy i podawać stowarsol doustnie.

DAWKOWANIE I CYKLE LECZNICZE (KURACJE).

Neoarsenobenzol należy podawać w dawkach od 0,15 do 0,30, 0,45, początkowo w 3 — 4-dniowych, potem w 5 — 7-dniowych odstępach; wstrzykiwania zaś bizmutu w ilości od 0,06 — 0,08 bizmutu metalicznego 2 razy w tygodniu przez okres 2 mies., poczem zarządza się dwu-tygodniową przerwę w leczeniu; kuracje takie winny być stosowane przez cały czas trwania ciąży. Przy wczesnem jej rozpoznaniu daje się przeprowadzić trzy kuracje tego rodzaju, w razie późnego rozpoczęcia leczenia najlepiej stosować system leczenia ciągłego, aż do ukończenia ciąży, a więc przez 3 — 5 miesięcy. Przekonałem się, że leczenie takie najczęściej bywa zupełnie dobrze znoszone.

Większość współczesnych autorów stosuje leczenie bardzo zbliżone do opisanego. Tak więc *Nicolau* (1923) leczy przez cały czas trwania ciąży, stosując 7-mio tygodniowe kuracje, przedzielone krótkiemi 8 — 12-dniowemi pauzami; kładzie on szczególny nacisk na neoarsenobenzol, dochodząc do 0,60 na jedno wstrzyknięcie. Podobnież i *Marfan* leczy przez cały czas trwania ciąży i to głównie neoarsenobenzolem. Niektórzy stosują leczenie wyłącznie neoarsenobenzolem, z celowością takiego postępowania nie można jednak zgodzić się, bowiem skojarzenie neoarsenobenzolu z biz-

mutem lub rtęcią daje wyniki lepsze, na dowód czego przytaczam liczby *Turnera* i *Mc Kelveya,* ilustrujące tę kwestję.

Tablica VIII.

Leczenie wyłącznie w okresie ciąży	Stan dziecka przy urodz.			Stan dziecka przy kontroli późnej		
	Liczba przyp.	% % żyjących	% % martwo urodzonych	Liczba przyp.	% % zdrowych	% % kiłowych
Neoarsenobenzolem w ilości 2 gr lub więcej	60	90,0	10,0	41	78,0	22,0
Neoarsenobenzolem i bizmutem lub rtęcią	78	96,1	3,9	61	93,4	6,5

WSKAZANIA LECZNICZE W ROZMAITYCH OKRESACH KIŁY U CIĘŻARNYCH.

Aczkolwiek stwierdzenie kiły u ciężarnej jest wystarczającem i bezwzględnem wskazaniem do przeprowadzenia leczenia przeciwkiłowego, stosowanego przez cały czas trwania ciąży, rozpatrzę rozmaite możliwości, wynikające ze stanu lub okresu choroby i postaram się uzasadnić potrzebę leczenia.

1. Kobieta ciężarna zgłasza się do lekarza z objawami kiły wczesnej; niezależnie od czasu trwania zakażenia kiłowego i okresu ciąży, leczenie powinno być rozpoczęte bezzwłocznie, w jednych przypadkach (wczesne okresy ciąży) dla uniknięcia przeniesienia kiły na płód, w innych (ostatnie jej miesiące) dla zapobieżenia jego zakażenia podczas samego porodu; dodam, że nie wspominam o wskazaniach, związanych z koniecznością uleczenia samej chorej, gdyż rozpatruję obecnie wyłącznie wskazania, wynikające z potrzeby zapobiegnięcia przeniesieniu kiły na płód.

2. Kobieta ciężarna znajduje się w okresie bezobjawowym pod względem klinicznym, a kiła trwa u niej krócej niż 5 lat. Niezależnie od wyniku badań serologicznych, przypadki podobne powinny być traktowane tak samo, jak wczesna kiła objawowa i leczone przez cały czas trwania ciąży; dodam, że podług *Cooke'a i Jeansa* 70% szans przemawia w tych razach za przeniesieniem kiły na płód w razie nie leczenia ciężarnej; liczby zaś zebrane na tablicach, przytoczonych powyżej, dowodnie wykazały korzystny wynik leczenia takich chorych.

3. Kobieta ciężarna choruje dłużej niż 5 lat, znajduje się w okresie bezobjawowym, tak pod względem klinicznym, jak i serologicznym, a była poprzednio leczona systematycznie. Podług *Cooke i Jeansa* szansa potomstwa zdrowego u tych kobiet może być obliczona z prawdopodobieństwem 6 — 8 przeciwko 1 szansie zakażenia kiłą płodu. *Sauvage* podaje odsetek zdrowych dzieci u kobiet dobrze leczonych, znajdujących się w okresie bezobjawowym od 1 roku i chorych conajmniej od 5 lat — na 12%, czyli w wysokości takiej samej, jak wykazują *Jeans i Cooke.* Wobec dużych szans niezakażenia płodu lekarz z punktu widzenia indywidualnego powinien sprawę leczenia rozstrzygnąć w porozumieniu z chorą. Jeżeli rodzicom bardzo zależy na potomstwie, kobieta winna się poddać leczeniu, które musi trwać przez cały okres ciąży; o ile sprawa posiadania potomstwa ma mniejsze znaczenie, można zdać się na los szczęścia lub przeprowadzić leczenie mało nasilone; natomiast z punktu widzenia społecznego, każda taka kobieta powinna być leczona, istnieje bowiem około 12% — 15% szans przeniesienia kiły na płód. Osobiście zgadzam się z *Schambergiem* i *Wrightem,* którzy żądają w tych okolicznościach leczenia takiego samego, jak w przypadkach kiły objawowej, a więc przez cały czas trwania ciąży z oparciem kuracji o neoarsenobenzol i bizmut.

W każdym razie przestrzegam przed zaniedbaniem leczenia kobiet, bardzo nawet intensywnie leczonych, które pragną mieć zdrowe potomstwo i zwracają się do lekarza o poradę. Należy pamiętać, że najenergiczniejsze leczenie przed ciążą nie wyklucza możliwości przeniesienia kiły na płód. Spostrzegałem sam przypadki, w których opierając się na bardzo intensywnem leczeniu w okresie przed ciążą, odradzono ciężarnym leczenie i nastąpiło zakażenie płodu. Natomiast energiczne leczenie podczas ciąży prawie zawsze zapobiega w takich razach tej smutnej ewentualności.

4. Nawet kobiety znajdujące się w bardzo późnych okresach kiły (kiła trzeciorzędna naczyniowa lub nerwowa) mogą przenieść zakażenie na płód i dlatego powinny być również leczone przez cały czas

trwania ciąży; zdarza się to, coprawda, rzadko — możliwość taka jednak istnieje.

5. Niektórzy autorzy utrzymują, że kobieta ciężarna dotknięta kiłą wczesną, a więc pierwotną surowiczo-ujemną, powinna być leczona możliwie energicznie, najlepiej podług metody leczenia nasilonego (maximale Frühbehandlung); *Stokes* i *Moore* twierdzą, że nie widzieli w tych razach powikłań częstych lub groźniejszych od występujących u kobiet, nieznajdujących się w okresie ciąży; co do mnie, to w obawie przed powikłaniami nie jestem zwolennikiem tej nasilonej metody i w podobnych przypadkach stosuję tę samą metodę leczniczą, co i w innych przypadkach kiły u ciężarnych.

6. Specjalnem zagadnieniem jest kwestja leczenia kobiet ciężarnych, które kiły nie przebywały, a których mężowie są nią dotknięci. Wchodzą w tym razie w rachubę następujące możliwości:

Jeśli mężczyzna dotknięty jest kiłą wczesną lub uogólnioną (objaw pierwotny, wykwity kiły drugorzędnej), powstaje kwestja zapobieżenia zakażeniu kobiety z nim współżyjącej; sprawa winna zostać rozwiązana zgodnie z zasadami profilaktyki kiły osobniczej. W tem miejscu zaznaczę, że jestem przeciwnikiem zapobiegawczego leczenia tych kobiet.

Częściej sprawa dotyczy rodziny, w której mężczyzna przebył kiłę przed kilku laty i znajduje się w okresie bezobjawowym pod względem klinicznym, a często i serologicznym. Większość autorów francuskich poleca w tych przypadkach stosowanie leczenia swoistego u kobiety ciężarnej mimo, że nie przechodziła ona kiły. Co do mnie, to w takich razach powstrzymuję się od leczenia. Dzieci, pochodzące od rodziców znajdujących się w wyżej wspomnianych warunkach, zwykle nie zostają zakażone i znajdują się w dobrym stanie zdrowia mimo, że ich matki nie były leczone podczas ciąży. W żadnym przypadku nie żałowałem swego postępowania zgodnego ze stanowiskiem *Marfana* (1921) i *Moore'a* (1934), którzy również radzą powstrzymać się od leczenia kobiet zdrowych (pod względem wywiadów, klinicznym i serologicznym), których mężowie przebywali kiłę. I w tym razie więc kieruję się zasadą: bez rozpoznania kiły niema wskazań do leczenia przeciwkiłowego.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Dowolne nadciśnienie tętnicze. (Hypertension arterielle volontaire). A b r a m i, W a l l i c h et B e r n a l.

Presse Médicale. Nr. 17. 1936.

Przypuszczano dotychczas, że wahania ciśnienia tętniczego, regulowane w różnych okresach dnia przez sprawnie działające mechanizmy automatyczne, mające swe siedlisko w układzie wegetatywnym, są całkowicie niezależne od woli człowieka. Autorzy przytaczają spostrzeżenia, dowodzące że twierdzenie to było błędne i świadczące, że wpływ woli działa tak na skurczowe, jak i na rozkurczowe ciśnienie tętnicze, a także na ciśnienie żylne, wewnątrzoczne i na ciśnienie płynu mózgowo - rdzeniowego. Badania przeprowadzili autorzy na Dino Gilardim, który odkrył na sobie samym wpływ napięcia mięśni na stan ciśnienia krwi.

Napięcie to musi być powolne i ogólne, obejmuje wszystkie mięśnie całego ciała, jednakże nie doprowadzając do żadnych widocznych ruchów, gdyż czynne są tak grupy agonistów jak i antagonistów, pozostawiając stawy wolne, przy prawidłowem oddychaniu. W miarę napinania mięśni ma się wrażenie pewnego ściągnięcia skóry na całem ciele, powstaje uczucie ciepła i ogólnego zadowolenia. Stan ten trwać może zaledwie kilka minut, zaś zmiany ciśnienia, występujące prawie natychmiast po napięciu mięśni, nie trwają dłużej niż 60 sekund. Ciśnienie tętnicze podnosi się bardzo szybko: już po 15 sekundach dojść może do 270 mm. Hg, później opada ono gdy wysiłek mięśniowy ustaje w ciągu 5 sekund do 160 i nieco już wolniej wraca do stanu prawidłowego. Ciśnienie rozkurczowe podnosi się i opada może jeszcze prędzej. Wahania ciśnienia w kończynach dolnych są podobne do już opisanych, wskaźnik oscylometryczny powiększa się również bardzo znacznie, wreszcie w tym samym czasie powiększa się ciśnienie naczyń siatkówki. Równolegle do zmian ciśnienia skurczowego podnosi się ciśnienie żylne, ciśnienie płynu mózgowo - rdzeniowego i ciśnienie oczne. Częstość tętna przyspiesza się również równolegle do podwyższenia ciśnienia krwi, jednakże objętość serca się nie zmienia i w elektrokardjogramie również zmian się nie stwierdza. Objawom ze strony krążenia towarzyszy powiększenie ciepłoty ciała o kilka kresek, czasami rozszerzenie źrenic, mogące być również wywołane dowolnie, w moczu żadnych zmian się nie stwierdza, nawet u Dino Galardi, który już od 10 lat i to kilkakrotnie w ciągu dnia wywołuje u siebie znaczne powiększenie ciśnienia. Zmiany we krwi w czasie wysokiego ciśnienia wykazują głównie powiększenie ogólnej liczby leukocytów. Wstrzyknięcie atropiny, vagotoniny, adrenaliny niema żadnego wpływu na przebieg ciśnienia krwi, natomiast winian ergotaminy zdaje się mieć działanie hamujące, strychnina działa odwrotnie, pobudzająco.

Wytłumaczenie tego ciekawego zespołu objawów jest dość trudne. Zwyczajne statyczne skurcze choćby wszystkich mięśni nie dają tak wysokiego ciśnienia krwi ,nie jest ono wywołane parciem przepony, gdyż rentgenologicznie zostało stwierdzone, że ruchy przepony w czasie doświadczenia są wolne, nie występuje ani sinica, ani obrzmienie twarzy, wreszcie wskaźnik oscylometryczny nie zmniejsza się, lecz powiększa. Nie można także przypuszczać, by przyczyną objawów było dowolne wyrzucanie adrenaliny do krwiobiegu, gdyż w tym przypadku należałoby oczekiwać przejściowego powiększenia liczby czerwonych ciałek we krwi i przecukrzenia krwi, czego się w spostrzeganych przypadkach nie stwierdza.

Autorzy wyrażają przypuszczenie, że dowolne nadciśnienie wywołane jest bezpośrednim wpływem nerwowym na układ naczyniowy. Taki wpływ posiadają wzruszenia psychiczne i można przypuszczać, że wola może użyć tych samych dróg i działa podobnie, tembardziej, że drogi i połączenia między korą mózgową a ośrodkami układu wegatatywnego są znane.

Dwa przypadki lipodystrofji Barraquer-Simons. Badanie humoralne. (Deux cas de lipodystrophie du type Barraquer-Simons. Etude humorale). D e c o u r t, G u i l l e m i n et D e m a n g e.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris. Nr. 5. 1936.

Opis dwóch przypadków lipodystrofji. U jednej chorej zmiana w odkładaniu tkanki tłuszczowej zaznaczyła się w dzieciństwie, u drugiej chorej, 32 letniej kobiety jest ona nabytkiem świeżym. U obu chorych uderza wychudzenie górnej części ciała, szczególnie twarzy i kontrast między względnie otyłą dolną częścią ciała, a wychudzoną górną. Jedna z tych chorych niema żadnych skarg, druga skarży się na osłabienie, brak apetytu, nudności. Po podaniu środków wzmacniających, dobrem odżywianiu, wstrzyknięciach insuliny następuje przyrost wagi tylko dolnej części ciała. U obu chorych podściółka tłuszczowa w górnej części ciała znikła dość szybko w ciągu kilku tygodni. Zniknięcie tkanki tłuszczowej jest zasadniczym objawem choroby, nagromadzenie tłuszczu w części dolnej występuje wtórnie i nie przekracza granic fizjologicznych. Wygląda to tak, jakby nagromadzenie tkanki tłuszczowej w dolnej części ciała miało wyrównać jej znikanie w części górnej. Zasadnicze zaburzenie nie jest wywołane prawdopodobnie zaburzeniem przemiany tłuszczowej, ale działaniem jakiegoś czynnika troficznego, uniemożliwiającego odkładanie sie tłuszczu w górnej części ciała. Zmiana spoczywa prawdopodobnie w ośrodkach nerwowych wegetatywnych, regulujących stan tkanki podskórnej. Jednak badanie surowicy jednej z chorych wykazało wyraźne zaburzenia w zachowaniu się ciał tłuszczowatych i cholesterolu, lecz nie można z pewnością powiedzieć, czy jest to przyczyną, czy następstwem choroby. Autorzy skłaniają się raczej do drugiego

przypuszczenia, trudno jest bowiem zrozumieć dlaczego zaburzenie przemiany tłuszczowej ma powodować odkładanie się tłuszczu w jednej okolicy ciała, natomiast masywne rozszczepienie tłuszczu może wtórnie zmienić skład ciał tłuszczowych surowicy.

Przypadek gośćca w następstwie leczenia arsenobenzolem u chorego cierpiącego poprzednio na dnę. (A propos d'un cas du rhumatisme de la chimiotherapie chez un goutteux ancien). T z a n c k K l o t z e t L e R o y d e s B a r r e s.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris. Nr. 3. 1936.

Opis chorego, u którego po wstrzyknięciu nowarsenobismutu występowały hydartrozy stawu kolanowego, znikające pod wpływem leczenia salicylowego. Autor zwraca uwagę na ten przypadek, który według niego jest wyrazem nietolerancji osobniczej w stosunku do wstrzykniętego środka. Wśród objawów stawowych, występujących w tych przypadkach ,hydartrozy są rzadkościa, zwykle nie spostrzega się również korzystnego działania salicylanu sodu. U chorego poza odczynem stawowym stwierdzono wysypkę skórną podobną do szkarlatyny, Ten ostatni objaw jest szczególnie interesujący, gdyż ten sam mechanizm naczynioruchowy tłomaczy zmiany skórne i objawy stawowe, będące następstwem nagłego rozszerzenia naczyń wewnątrzstawowych pod wpływem wstrzyknięcia wyzwalającego. Chory opisany przez autorów przechodził przed dwoma laty atak prawdziwej dny i z tego względu przypadek ten jest szczególnie ciekawy, gdyż wskazuje na związek między reumatyzmem na tle leczenia chemicznego, dną i ostrym reumatyzmem stawowym.

Badania nad skurczem śledziony pod wpływem adrenaliny wstrzykniętej śródżylnie. (Recherches sur la splenocontraction sous l'effet de l'adrenaline, administrée chez l'homme par voie sanguine). C h a b r o l e t S a l l e t.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris. Nr. 3. 1936.

Autorzy posługiwali się nową metodą wstrzykiwania adrenaliny. podaną przez Baudoin et Benard'a dla określenia bezpośredniego działania skurczu śledziony na osmotyczną odporność krwinek, bilirubinemję, zachowanie się soli żółciowych, cholesterolu, ciał białkowych krwi i mocznika. Badania te wykonano na 15 chorych, którzy otrzymali dawki adrenaliny wahające się między 0.0005 — 0.02 mg. na godzinę i kg. wagi ciała. Adrenalina w tych dawkach podwyższa ciśnienie o 2 — 3 cm. rtęci, pomimo to chorzy nie mieli żadnych przykrych objawów poza lekkim bólem głowy. Adrenalinę wstrzykiwano wolno w mniej więcej 100 cm³. wody w ciągu 1 — 2 godzin. Odporność krwinek zachowała się prawidłowo u 3 osób zdrowych i 6 z marskością watroby, była zmniejszona u chorej z żółtaczką hemolityczną i niedokrwistością złośliwą. Bilirubinemia powiększyła się tylko u jednego na 16 chorych, u kilku innych natomiast się nieco zmniejszyła. Sole żółciowe i cholesterol nie wykazał widocznych zmian, w dwóch przypadkach nieco się powiększyły polypeptidy.

Radjoterapja choroby Basedowa. (Radiothérapie de la maladie de Basedow). G a l l y e t L e v y.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris. Nr. 8. 1936.

Zarzucano metodzie leczenia choroby Basedowa promieniami Rentgena, że naświetlania rentgenowskie skóry wywołują odkładanie się w niej barwika, że powodują stwardnienie tarczycy, że jest to metoda niewystarczająca i bardzo długotrwała. Jednakże przy prawidłowej technice naświetlań rentgenowskich, skóra nie ciemnieje, skleroza tarczycy zaś jest następstwem nie naświetlań, ale ewolucyj samej choroby, wreszcie z obecną techniką czas leczenia jest krótszy, gdyż wystarczające, względnie duże i skuteczne, dawki mogą być stosowane w krótkim przeciągu czasu. Wyniki zaś terapji chirurgicznej wykazują ciągle jeszcze przypadki zgonów, nieraz zawodzą i wymagają po zabiegu jeszcze naświetlań. Między leczeniem chirurgicznem a rentgenowskiem nie ma sprzeczności, oba te leczenia mogą się uzupełniać. Leczenie rentgenologiczne musi być krótkie i intensywne, gdy ono zawodzi, wskazany jest zabieg.

Stosując naświetlania rentgenowskie u 172 chorych otrzymali autorzy u 76 chorych z lekką nadczynnością tarczycy prawie zawsze zupełne wyleczenie (radioterapia głęboka w dawkach 3000 — 6000), u 40 chorych średnio ciężkich z powiększeniem podstawowej przemiany materji od 30 — 50% osiągnięto zmniejszenie przemiany podstawowej materji, wynoszące 20 — 30% (6000 —10000 R). U 25 ciężko chorych tylko w dwóch przypadkach należało się uciec do zabiegu, u większości z pośród tych chorych osiągnięto za pomocą radioterapji znaczną poprawę. Autorzy przypuszczają, że korzystne wyniki naświetlań należy przypisać stosowaniu większych dawek promieni R. Autorzy opisują swą technikę naświetlań.

Próba szczepień przeciw rakowi doświadczalnemu. (Essai de vaccination contre le cancer experimental). A. B e s r e d k a.

Presse Médicale, Nr. 98. 1935.

Autorzy badali działanie zawiesiny sarkomy myszy i epiteliomy królika, wstrzykując w mniejszych lub większych dawkach do skóry, do jamy otrzewnej. Po doskórnem wstrzyknięciu większej dawki zawiesiny mięsaka u myszy wytwarza się w miejscu wstrzyknięcia guz, który przechodzi na otaczające tkanki, w skórze nad guzem powstają owrzodzenia i wkrótce zwierzę ginie spowodu wtórnego zakażenia. Pod koniec życia zwierząt wytwarzają się przerzuty. Jeżeli wstrzyknięto dawki mniejsze, wtedy po pierwszym okresie wytwarzania się guza, podobnie jak w pierwszym przypadku, następuje okres drugi, w którym w miejscu wstrzyknięcia guz zmniejsza się i powoli odpada, na jego miejscu wytwarza się blizna i zwierzę powraca w końcu do zdrowia. W drugim więc przypadku guz powstający doskórnie jest dobrotliwy pomimo, że pochodzi od guza złośliwego; należy więc przypuszczać. że w okresie rozwoju guza w skórze nastąpiło zmniejszenie jego zło-

Jodobizmutan Chininy ELEN

Subtelna zawiesina Jodo-Bizmutanu Chininy o stałej **wiskozie i PH** odpowiadającem odczynowi tkanek, przygotowana w/g specjalnej metody.

OPAKOWANIE:

Pudełka po 6 amp. i po 12 amp.

Słoiki po 50 gr. i po 100 grm.

CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEM. - HANDL.

L. NASIEROWSKI — Warszawa, Kaliska 9.



śliwości i niemożność wytwarzania tkanki nowotworowej. We wstrzyknięciach podskórnych zawiesina wytwarza guz, powiększający się powoli i powodujący w 100% przypadków śmierć zwierzęcia. Guzy doskórne nie różnią się jednak anatomopatologicznie niczem od guzów podskórnych.

Przy wstrzyknięciach emulsji do jamy otrzewnowej wytwarza się w skórze na drodze przejścia igły również mięsak, co wskazuje na wielkie powinowactwo mięsaka do komórek skórnych. W dalszej serji doświadczeń wstrzykiwali autorzy myszom, które już uprzednio przeszły przez doświadczenie wytwarzania się dobrotliwego guza doskórnego, zawiesinę mięsaka doskórnie, podskórnie i do jamy otrzewnowej. W żadnym z tych przypadków nie powstał guz złośliwy, wytwarzający się po wstrzyknięciu dootrzewnowem i podskórnem u zwierząt kontroli. Wynika z tego, że zwierzęta przygotowane przez wstrzyknięcie doskórne małej dawki mięsaka są uodpornione przeciwko dawkom śmiertelnym tegoż guza, niezależnie od miejsca jego wstrzyknięcia. Epitelioma królików jest szczególnie złośliwe we wstrzyknięciach dojądrowych, w następstwie wytwarzają się przerzuty w narządach wewnętrznych za wyjątkiem śledziony. Szczepienia dają wynik dodatni w 90 — 95% przypadków; czasami zwierzę wydaje się być pozornie odporne, jednakże pomimo powrotu jąder do stanu prawidłowego w narządach wewnętrznych stwierdza się obecność przerzutów. Można z tego wyciągnąć przez analogję wniosek, że i u człowieka guz skórny przechodzi nieraz niespostrzeżenie, dając jednak początek nowotworowi narządów wewnętrznych. U królików zawiesina epiteliomy wstrzyknięta doskórnie niezależnie od wielkości dawki po wytworzeniu się pierwotnego guza i jego następnym zaniku nie daje przerzutów, ani objawów ogólnych, pomimo że budowa nowotworu w skórze jest taka sama, jak i jego budowa po wytworzeniu się w jądrach, gdzie ma charakter tak wybitnie złośliwy. Jadowitość guza w przejściu przez skórę nie zostaje złagodzona, gdyż zaszczepienie guza do jąder powoduje tak samo powstanie przerzutów, jak przy guzie pochodzących z jąder. Zwierzęta, u których szczepienie doskórne wywołało wytworzenie się epiteliomatu w skórze, nabywają w następstwie odporność w stosunku do szczepień tego guza, niezależnie od tego, czy zostaje on szczepiony doskórnie, czy też do jąder, gdzie właściwości jego są tak szczególnie złośliwe. Wyniki doświadczeń autorów skłaniają ich do przypuszczenia, że przyczyna nowotworów złośliwych ma charakter zakaźny. Złośliwość zarazków jest jak wiadomo zmienna nietylko w zależności od gatunków zwierząt, ale i w zależności od tkanek, na które działają. To samo występuje i przy opisanych szczepieniach, gdzie również odczyn jest różny w zależności od rodzaju tkanki szczepionej. Zmieniając miejsce szczepienia zamienia się guz złośliwy w guz dobrotliwy i odwrotnie. Analogiczne jest również zachowanie się nowotworów i zarazków przy szczepieniu. Podstawą szczepienia klasycznego jest wytworzenie w ustroju w postaci złagodzonej tego cierpienia, od którego pragnie się ustrój uchronić. Zamiast zakażenia ogólnego całego ustroju wywołuje się zakażenie miejscowe. Szczepienie mięsaka czy epiteliomatu doskórne wywołuje również łagodny proces chorobowy.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Odma sztuczna w gruźlicy płuc u dzieci. (Le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant). Ch. Gradéreet Wenger.

Journal de Méd. de Lyon. Février 1936.

Jakie są wskazania do odmy sztucznej i jaka jest wartość tej metody leczniczej w gruźlicy płuc u dzieci? Na to pytanie nie jest łatwo dać zdecydowaną odpowiedź, gdyż zdania i wyniki podawane są w sposób rozbieżny.

Armand - Delile sądzi, że leczenie odmą znacznie polepsza rokowanie w gruźlicy dziecięcej, oraz że odma jest pożyteczną i wskazaną we wszelkich postaciach i okresach gruźlicy dziecięcej. Naogół jednak przeważają obecnie zdania mniej optymistyczne.

Postaci gruźlicy wynikające bezpośrednio z zakażenia pierwotnego u niemowląt i małych dzieci nie reagują pomyślnie na leczenie odmą. Postaci dziecięce późniejsze (wtórne), u dzieci nieco starszych, —w większości przypadków całkowicie ustępują „samoistnie". Pozostaje zakres stosowania odmy sztucznej u dzieci starszych z gruźlicą jamisto serowaciejącą; w tych przypadkach naogół wszyscy się zgadzają co do wartości leczenia odmowego. Wyniki jednak ostateczne są mniej zachęcające, niż u dorosłych.

Ze statystyk ogólnych nie można wyciągnąć ścisłych wniosków o skuteczności odmy sztucznej u dzieci. Wyniki są lepsze lub gorsze, zależnie od tego, czy statystyka obejmuje więcej lub mniej przypadków zmian wysiękowych typu dziecięcego, t. j. zmian zasadniczo dobrotliwych.

Autorzy dzielą więc swoje spostrzeżenia na dotyczące odmy w gruźlicy niemowlęcej, odmy w nacieczeniach wtórnych u dzieci nieco starszych, i w postaci przewlekłej gruźlicy rozpadowo - serowaciejącej u dzieci starszych.

Odmę sztuczną można w zasadzie stosować u niemowlęcia. Pierwszy zastosował odmę u niemowlęcia *Rist* w r. 1913, później zaś szereg innych autorów. Wyniki podawane są bardzo rozbieżne, co tłomaczy się bardzo różnym charakterem zmian gruźliczych, które próbowano leczyć odmą.

Gruźlica u niemowląt (pierwotna) obejmuje postacie zarówno dobrotliwe, jak i najzłośliwsze, przebiegające z szybkiem uogólnieniem. Rozpoznanie na samym początku, czy przypadek należy do pierwszej lub drugiej grupy jest nieraz bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Naogół stosowanie odmy w pierwszej grupie jest zbędne, w drugiej natomiast zupełnie bezskuteczne. Należy zgodzić się z *Levesque'm*, że w zakażeniu pierwotnem rokowanie jest funkcją zakażenia ogólnego, a nie zmian miejscowych. Gruczoły chłonne są zajęte jeszcze przed powstanieem nawet allergji tuberkulinowej. Leczenie odmą nie może zapobiec ani masowemu zserowaceniu gruczołów, ani ogólnej niepomyślności ewolucji zakażenia.

W zasadzie, niema więc wskazań do stosowania odmy sztucznej w wieku niemowlęcia (do 2 lat). U dzieci nieco starszych spotyka się najczęściej i przeważnie specjalne zmiany wysiękowe, pod postacią rozległych ognisk, których podstawową cechą jest wybitnie mała skłonność do przemian serowatych, natomiast duża skłonność do zupełnego wessania, które odbywa się całkowicie mi-

mo największej rozległości. W tych przypadkach o rokowaniu decyduje nie zmiana miejscowa, lecz całość zakażeniowa jako choroba ogólna. Wiele z tych postaci należy do gruźlicy pierwotnej, i prócz zmian w miąższu płuca stwierdza się duży współudział gruczołów chłonnych. O ile nawet jednak postaci te przechodzą w zserowacenie i rozpad, — wpływ odmy w tych przypadkach jest znacznie mniej skuteczny niż zwykle i nie powstrzymuje zejścia niepomyślnego.

Wszyscy prawie autorzy zgadzają się, że stosowanie w tych postaciach odmy sztucznej jest bezużyteczne. Jedynie *Armand - Delille i Lestocquoy* zwracają uwagę na odróżnienie wśród tych nacieczeń — postaci cofających się (regrediens) trwałych (stationaris), i postępujących (progrediens). Sądzą oni, że wyczekiwanie jest bardziej ryzykowne, niż zabieg.

To zdanie jest żywo zwalczane przez *Ameuille, Debré i Lesné,* którzy sądzą,jak większość innych autorów, że wymienione postaci nadają się wyłącznie do leczenia klinicznego, a leczenie odmą jest wskazane jedynie w postaciach serowaciejących, nie uogólnionych, zwłaszcza ściśle jednostronnych, u dzieci starszych i w wieku pokwitania.

Na poparcie twierdzenia, że w nacieczeniach typu dziecięcego odma sztuczna nie jest wskazaną, autorzy przytaczają szereg przypadków, w których leczenie odmą stosowano. Wyniki quoad vitam oczywiście były dobre, lecz okazało się, że stosowanie odmy w tych postaciach bynajmniej nie przyśpiesza normalnej pomyślności ewolucji procesu, lecz raczej go wydłuża, bo nawet po 4 latach leczenia uciskowego spostrzegano nawroty nacieczeń, a zmiany gruczołowe nie ulegały regresji. Ponieważ i bez leczenia uciskowego zmiany powyższe trwają najwyżej do 2-ch lat, a często tylko kilka miesięcy, leczenie odmą wydaje się być conajmniej zbędne.

Wreszcie stosowanie odmy sztucznej dotyczy dzieci starszych z gruźlicą przewlekłą serowaciejąco-rozpadową typu dorosłych. Ta grupa, jak wiadomo, stanowi główne wskazanie do leczenia odmą. Liczne statystyki dotyczące wyników leczenia odmą u dzieci są dosyć optymistyczne (45% wyników dobrych), lecz autorzy sądzą, że dane te nie są miarodajne, gdyż z pewnością obejmują i postacie dobrotliwe, wysiękowe — typu dziecięcego, które i samoistnie ulegają wyleczeniu.

Niektóre dane są mało zachęcające. *Eliasberg i Cahn* podaje, że na 50 przypadków gruźlicy otwartej, mimo leczenia odmą, pozostało ostatecznie przy życiu tylko 13 dzieci, w tem dobrych wyników tylko 6, w 7 pozostałych prątkowanie.

Ameuille na 55 przypadków po 2-ch latach leczenia miał 15 zgonów (37%), 6 bilateralizacji ze złem rokowaniem, 9 zrostów opłucny, pozostało więc po 2-ch latach w dalszem leczeniu odmą tylko 45% przypadków. Wyniki więc są znacznie gorsze, niż na materjale dorosłych.

Wszyscy autorzy podkreślają częstość bilateralizacji zmian, co występuje zwykle na początku leczenia odmą, w pierwszem półroczu, szczególnie u dzieci starszych w okresie pokwitania.

Stosuje się wtedy odmę obustronną. *Armand-Delille* podaje 23 przypadki odmy obustronnej. Na tę liczbę miał 7 zgonów, 6 pozostało prątkujących, w 10 przypadkach wyniki względnie dobre, lecz istotnie dobre tylko w 4 przypadkach. Wysięk opłucnej i zrosty są bardzo częste (50%).

Ogólnie wynika z różnych obserwacji, że po 2-ch latach, z ledwością pozostaje 5% chorych, u których możliwe jest dalsze leczenie odmą, a w tej liczbie połowa chorych wykazuje stan zadawalający, podczas gdy reszta stale prątkuje.

Masywne zrosty opłucny, uniemożliwiające dalsze leczenie, są zjawiskiem bardzo częstem, natomiast zrosty pasmowate są mniej częste, niż u dorosłych i zwykle likwidują się same bez uciekania się do przepalania zrostu. To ostatnie u dzieci jest rzadko wskazane.

Wynika więc naogół, że wskazania do leczenia odmą w gruźlicy dziecięcej ograniczają się jedynie do postaci serowaciejąco - rozpadowych, przewlekłych, typu dorosłych; ale i w tej grupie wyniki pomyślne nie są zbyt częste, tak że tylko około 20% leczonych osiąga wyniki zadawalające i względnie trwałe.

Wyniki stosowania wyciągów tarczycy i insuliny w leczeniu wyniszczenia u niemowląt. (Résultats dans l'hypotrophie du nourrisson de l'opothérapie thyroïdienne et insulinique). L. N o v é - J o s e r a n d, Guillotel et Rongier, M. M a r u c e t.

Le Journal de Méd. de Lyon. Février 1936.

Leczenie stanów niedożywienia i wyniszczenia u niemowląt odbywa się za pomocą wyrównania braków w żywieniu i doboru odpowiednich składników pokarmowych. Lecz niektóre przypadki zachowują się odpornie nawet w stosunku do najlepiej opracowanej djety. Niektórzy otrzymywali jeszcze wtedy poprawę stosując bądź insulinę, bądź preparaty tarczycowe podskórnie. Nie odnosi się to oczywiście do stanów krańcowych atrepsji. Autorzy podają wyniki otrzymywane zwłaszcza przy stosowaniu u jednego chorego obu wymienionych środków. Rozpoczynają oni od wstrzykiwań podskórnych wyciągów tarczycy w dawkach wzrastających od 0,02 — 0,1, co 2-gi dzień, po serji wstrzykiwań wynoszącej od 10 — 20, przechodzą do podawania insuliny, codziennie, w dawce od ½ — 1 jednostki na kilo wagi dziecka, ogólnie 15 — 30 injekcji.

Leczenie to jest dobrze znoszone przez niemowlęta i nie wymaga specjalnych środków ostrożności prócz dodatkowej racji cukru po wstrzyknięciu insuliny. (2 gr. cukru na 1 jednostkę insuliny) przy uwzględnieniu naturalnie pełnowartościowej i zrównoważonej djety.

Autorzy podają 26 obserwacji, z których w 15 przypadkach otrzymano wyniki pomyślne, w pozostałych wyniki były zniweczone przez współistniejące lub nabyte zakażenia.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

O rzekomych trudnościach rozpoznawania wrzodu dwunastnicy. (Consideration sur les facilités et difficultés du diagnostic dans l'ulcère duodénal). G u t t m a n n i V o u l p i o t i s.

La Presse Méd. Nr. 87 październik 1935.

W związku z szerzonemi przez niektórych chirurgów poglądami, jakoby kliniczne rozpoznanie wrzodu dwunastnicy (w oparciu o wywiady i wynik badania rentgenowskiego) jest tak trudne i w wyniku tych trudności tak niepewne, że praktycznie prawie że bez większego znaczenia, autorowie

poddali szczegółowej analizie w tym kierunku posiadany przez siebie materjał kliniczny, obejmujący 209 przypadków wrzodu żołądka lub dwunastnicy.

Wrzodów dwunastnicy było 121 przypadków. Po dokładnem zanalizowaniu objawów klinicznych (wywiadów) i wyników badania rentgenowskiego w każdym przypadku, autorowie stwierdzili, że w 81 przypadkach wywiady i objawy kliniczne były zupełnie typowe, a wynik badania rentgenowskiego dwunastnicy wykazał obraz, charakterystyczny dla wrzodu dwunastnicy. Przyczem, za wywiady typowe — uważano podawanie przez chorych istnienia okresowych bólów, powtarzających się z przerwami od paru tygodni do kilku miesięcy (nieraz do kilku lat). W 6 przypadkach — brak było charakterystycznych klinicznych objawów wrzodowych; jedynie tylko obraz rentgenowski nie nasuwał tutaj żadnych wątpliwości. Były to świeże przypadki, spostrzeżgane w okresie remisji. W innych 16 przypadkach wywiady niebyły typowe dla wrzodu dwunastnicy (zaburzenia wątrobowe, jelitowe, płucne, wychudzenie, podeszły wiek), tem niemniej obraz rentgenowski wykazywał istnienie wrzodu dwunastnicy ponad wszelką wątpliwość. Wreszcie, w pozostałych 18 przypadkach i objawy kliniczne, i obraz rentgenowski—odbiegały od klinicznie przyjętego typu wrzodu dwunastnicy.

Reasumując, autorowie stwierdzili, że na 121 spostrzeganych przez siebie przypadków — w 103 przypadkach i objawy kliniczne (wywiady), i obraz rentgenowski były tak typowe dla wrzodu dwunastnicy, że nie nasuwały żadnych wątpliwości rozpoznawczych. We wszystkich przypadkach operowanych, operacja potwierdziła rozpoznanie wzrodu.

Jak z powyższego wynika, twierdzenie niektórych chirurgów, że wrzody dwunastnicy są trudne klinicznie do rozpoznania, jest niesłuszne. Autorowie dowiedli na swym materjale klinicznym, że rozpoznanie wrzodu dwunastnicy (dotyczy to w równym stopniu i wrzodów żołądka) w olbrzymiej większości przypadków nie nasuwa żadnych trudności i jest naogół zupełnie pewne.

Łatwy sposób operacyjnego leczenia nawykowego zwichnięcia w stawie żuchwowym (Luxation temporo - maxillaire habituelle. Méniscopexie. Guerison maintenue depuis 3 ans). C o n t i a d è s.

Mem de l'Academ. de Chir. Nr. 1 styczeń 1936.

Przypadki nawykowego zwichnięcia szczęki spotyka się naogół dość rzadko, jest to schorzenie bardzo dokuczliwe dla chorego, gdyż nastawione zwichnięcie powtarzać się może nietylko przy rozleglejszych ruchach szczęką, ale i przy jedzeniu, mowie lub we śnie. Szczegółowe badania takiego stawu wykazują zawsze zaburzenia rozwojowe w jego budowie, jak: zbyt płytkie wgłębienie panewkowate, zwiotczałe i rozciągnięte więzadła stawowe, zbyt obszerną torebkę stawową, niedorozwój i zmniejszone napięcie mięśni żwaczy, wreszcie mocno ruchomą w kierunku przednio - tylnym wzdłuż wyrostka długiego kości jarzmowej — łąkotkę stawową. Tę ostatnią okoliczność uważa autor za główną przyczynę nawykowego zwichnięcia szczęki, stwierdza on bowiem, że przy tego rodzaju zwichnięciach przesunięciu ku przodowi ulega wyrostek szczękowy żuchwy wraz z łąkotką, gdy przy zwichnięciu stawu żuchwowego normalnego sam tylko wyrostek szczękowy żuchwy ulega przemieszczeniu. Wszelkie próby leczenia tego schorzenia przez wycięcie czy to wyrostka szczękowego żuchwy, czy też łąkotki dawały wyniki ujemne natomiast po operacjach, polegających na przyszyciu łąkotki do wyrostka długiego kości jarzmowej, otrzymano wyniki dobre. Zabieg ten polega na otwarciu stawu żuchwowego i przyszyciu zewnętrznego brzegu łąkotki do okostnej powierzchni bocznej wyrostka długiego kości jarzmowej i do rozcięgna skroniowego. Ten sposób operacji zastosował autor, a wynik obserwowany w ciągu 3 lat pozostaje dobry. Jako materjał do szycia użył autor katgutu chromowego — nie wsysającego się.

Nie jest to jednak sposób leczenia zupełnie pewny, gdyż szwy mogą się z czasem rozciągnąć i nie są obojętne dla tkanek otoczenia.

Założeniem, które teoretycznie wydaje się być najlepsze, jest wytworzenie od przodu na zewnątrz stawu żuchwowego ściany kostnej uniemożliwiającej i łąkotce i wyrostkowi żuchwy przesuwanie się w tym kierunku, ponad normę. Można do tego użyć oddłutowanego szczepu z kości jarzmowej lub z kości piszczelowej.

Z tych dwóch sposobów: przyszycia łąkotki albo wytworzenia ściany utrzymującej staw, ostatni jednakże pewniej zabezpiecza przed nawrotem.

J. Czyżewska

CHOROBY OCZU.

Przyczynek do zagadnienia schorzeń oczno - ogniskowych. (Contribution a la question des affections oculofocales). W. K a p u ś c i ń s k i.

Annales d oculistique. T. Ch. XXII, octobre 1935, 817.

Istnieje duża rozbieżność pomiędzy zapatrywaniami na sprawę związku chorób ocznych z odległemi ogniskami zapalnemi organizmu.

Autor nie przytacza b. obszernego piśmiennictwa w powyższej sprawie, ograniczając się do podania świeżych publikacji Włocha *Zanettiu* i niemieckiego wykładu *Hessberg'a.*

Istnieją zakaźne choroby oczu, które możemy uzależnić od ogólnego zakażenia organizmu, lub też od zakażenia poszczególnych części organizmu. Wprowadzając pojęcie zakażenia ogniskowego, rozszerzono jedynie pojęcie o chorobie, którą nazywamy zapaleniem przerzutowem.

Autor wpadł na pomysł poszukiwania, o ile chodziło o ocenę patogenezy choroby, ognisk zapalnych, których poprzednio nie braliśmy w rachubę.

Jeszcze obecnie szkoła niemiecka przyznaje gruźlicy jedną z dominujących ról w powstawaniu zapaleń gałki ocznej, w szczególności jagodówki. Jeśli nawet powyższe jest słuszne, należałoby rozstrzygnąć, czy schorzenia gruźlicze oka nie są najczęściej zapaleniem przerzutowem umiejscowionem w oku i pochodzącem od ogniska gruźliczego organizmu?

Możnaby przyjąć, że ustrój w podobnych przypadkach doznaje pewnego rodzaju uczulenia, które nazywamy allergją. Tego rodzaju stany allergiczne mają być również wywoływane przez inne, niż gruźlica, czynniki. Jednakże przyznając gruźlicy wydatną rolę w patologji ustroju, sprawa allergji uwarunkowanej przez inne, niż gruźlica czynniki, nie stanowi, zdaniem autora, oddzielnego zagadnienia w patologji ogólnej.

Większość oftalmologów, mówiąc o ogniskach zakaźnych oka, nie myśli o gruźlicy, lecz o odległych ogniskach zapalnych, mających za punkt wyjścia migdałki, stercz, szyjkę macicy, gardło, etc. nakoniec zęby. Odnośnie ważności ognisk zębowych istniej daleko idąca rozbieżność zdań.

Ażeby ocenić w sposób należycie ścisły zależność chorób oczu od odległych ognisk zapalnych, należy kierować się przesłankami podanemi przez *Weckera*.

W tym celu należy zgromadzić spostrzeżenia kliniczne, uzupełnić je badaniem laboratoryjnem radjologicznem i wskazaniami terapeutycznemi. Dostępność korzeni zębowych znakomicie ułatwia badanie.

Wszystkie części gałki ocznej mogą być przedmiotem chorób wywołanych przez przerzuty. W piśmiennictwie spotykamy liczne opisy chorób, których charakter nie jest wyłącznie zapalny. Również *Piperno* opisuje anisocoriam, *Hunter-Scamett* obrzęk powłok, również *Van Lint. De Saint — Martin* na Kongresie w Paryżu w 1934 roku opisał przypadek spazmu naczyń siatkówki, *Schwabe*, później *Geiger i Roth* współzależność odległych ognisk zapalnych i jaskry. Różni autorowie opisali porażenie nastawności.

W materjale swym autor zgromadził zapalenia z różnych części gałki ocznej. W sferę rozważań autora wchodzą jedynie przypadki, w których inny (niż interesujący) czynnik wywołujący chorobę mógł być wykluczony, względnie, gdy następowało wyleczenie bezpośrednio po usunięciu ogniska pierwotnego.

Autor wykluczył wszystkie przypadki, odnoszące się do części zewnętrznych gałki ocznej, jak np. spojówkę, rogówkę, wychodząc z założenia, że jest nieuniknionem w schorzeniu tych błon stosowanie leków miejscowych. W materjale swym autor uwzględnił wyłącznie: 1) Zapalenie jagodówki w jej przednim odcinku. 2) Zapalenie zagałkowe nerwu wzrokowego i zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki. Autor zaznacza, że spostrzeżenia jego są znacznie liczniejsze i obejmują przypadki neuritis peripherica, chorioiditis, retinitis haemorrhagica, cyclitis purulenta, opacitates corporis vitrei — ponieważ użyto innych (oprócz usunięcia chorych zębów) środków leczniczych w powyższych cierpieniach, uwzględnienie całego materjału mogłoby pomniejszyć wartość dowodów przytoczonych przez autora dla poparcia swej tezy.

Jeśli chodzi o ogniska początkowe, to w znakomitej większości przypadków autora chodziło o ogniska zębowe. W jednym tylko przypadku, dotyczącym iridocylitis u kobiety 23 letniej, autor stwierdził appendicitis jako przyczynę cierpienia. W przypadku tym, charakteryzującym się licznemi złogami na tylnej powierzchni rogówki, badanie kliniczne nie wykazało żadnych zmian chorobowych w płucach, ani gruczołach śródpiersia. Wobec braku innych objawów i per exclusionem, autor wyraził przypuszczenie zapalenia wyrostka robaczkowego, przypuszczenie potwierdzone przez chirurga, który wykonał zabieg. Po 2 tygodniach po operacji złogi na błonie Descemeta zniknęły, pozostały jedynie nieliczne męty szklistki.

Autor w zupełności zdaje sobie sprawę, że w tym przypadku można było doszukiwać się innych czynników przyczynowych i dla lekarzy zajmujących w powyższej sprawie stanowisko negatywne, powyżej przytoczony przypadek nie będzie dostatecznie ważkim dowodem.

We wszystkich spostrzeganych przez autora przypadkach w ilości 51, na które złożyły się zapalenia tęczówki (wszystkie jednostronne) i c. rzęskowego, jako ognisko odległe znajdowano zęby.

Autor podkreśla, że jedynie zęby z miazgą znekrotyzowaną wchodziły w rachubę. We wszystkich przypadkach wykonano zdjęcia rentgenowskie, które najczęściej wykazywały granulomaty przy korzeniach, rzadziej torbiele. W kilku przypadkach wykonano badanie bakterjologiczne, rezultat był podobny do wyników badań innych autorów: wyhodowano stafilokokki białe i złociste, oraz streptokokki. U wszystkich 51 chorych wykonano badanie na odczyn Bordet-Wassermann, tuberkulinowy, oraz opadania krwinek. Na 51 wyżej omówionych przypadków, zależność przyczynowa z chorymi zębami w 11 była bezsporną, gdyż została dowiedzioną przez szybkie ustąpienie objawów zapalnych oka w ciągu 5 do 8 dni po usunięciu chorych zębów. W pozostałych przypadkach wynik nie był tak szybki, tem niemniej zależność wyzdrowienia oka od usunięcia chorych zębów nie mogła być zaprzeczona. Jeden przypadek był typowy: dotyczył dziewczynki 8 letniej z jednostronnem (jak we wszystkich przypadkach) zapaleniem tęczówki. W czasie przebiegu choroby pojawił się hypopyon, który zniknął następnego dnia po usunięciu chorego zęba (trzonowego). a w ciągu 8 dni oko było zdrowe.

Jeśli chodzi o schorzenia oczu przedniego odcinka, autor wspomina jeszcze o iritis serosa z licznemi złogami. Jak wiadomo, zgodnie z zapatrywaniami uczonych niemieckich, gruźlica jest najczęstszą przyczyną powyższego schorzenia.

Krückmann w wyżej wspomnianej chorobie przyznaje chorym zębom doniosłą rolę, podobnie *Stock*, uważa jednak, że nie należy w każdym przypadku iridocyclitis uważać gruźlicę jako przyczynę schorzenia. Niezależnie od wyż. wymienionych chorób przedniego odcinka oka, objawiających się w sposób oczywisty, autor podkreśla pewną odmienność ukrytego zapalenia ciałka rzęskowego, zapalenia, które nazywa cyclitis latens. Objawy tego schorzenia są widoczne przedewszystkiem w lampie szczelinowej. Objawy podmiotowe są znikome i przypominają najczęściej objawy chorobowe zwykłego zapalenia spojówek. Chorzy skarżą się na bóle gałki ocznej, szybkie męczenie się w czasie pracy; częstokroć oko okazuje wrażliwość na światło, również zwiększoną wrażliwość na dotyk. Badanie przedmiotowe nie wykazuje żadnej widocznej zmiany chorobowej. Zaledwie czasem daje się stwierdzić nieznaczne rozszerzenie naczyń spojówkowych, szczególnie w pobliżu rąbka, objaw ten jednak jest zdecydowanie niepodobnym do nastrzyknięcia rzęskowego. Dopiero przy pomocy lampy szczelinowej można stwierdzić kilka złogów (szarych i kolorowych różnej wielkości) rozmieszczonych nieregularnie na tylnej powierzchni rogówki, lub też pływających jeszcze w płynie przedniej komory.

Przypadki tego rodzaju zawsze były w związku z choremi zębami. Po usunięciu zębów ustępowały objawy nietylko subjektywne lecz i objektywne — złogi.

Powyższe przypadki zdaniem autora winny być brane pod uwagę jako dowód łączności cho-

rób oka z choremi zębami. W ciągu ubiegłego roku autor spostrzegł 8 przypadków tego rodzaju.

Jako zagadnienie naczelne ogniskowego zapalenia w oku autor uważa zagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, szczególnie jeśli przebiega jednostronnie. Zadziwiającem jest według autora, że sprawie powyższej tak mało poświęca się uwagi. W monografji *Rönnego* w Kurzes Handbuch der Ophtalmologie, autor nie wspomina o zębach, jako ewentualnej przyczynie zapalenia zagałkowego nerwu wzrokowego.

W materjale swym (27 przypadków) autor stwierdził zęby jako przyczynę bezpośrednią zakażenia w 12 przypadkach, jako przyczynę domniemaną w 4. W 11 przypadkach przyczyną z pewnością stwierdzoną były: zatoki, muszla nosowa, stwardnienie rozsiane.

Jak wynika z przytoczonej przez autora tablicy poprawa schorzenia ocznego następowała niezwłocznie po wyleczeniu chorego zęba. We wszystkich wypadkach prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało granulomy lub torbiele korzeni zębnych. W jednym zaledwie badanie radjograficzne dało wynik ujemny, jednakże po usunięciu podejrzanego zęba stwierdzono istnienie granulomy. Po upływie 5 godzin po extrakcji zęba dało się zauważyć polepszenie, po 2 dniach wybitna poprawa, po 3 tygodniach wyleczenie zupełne.

Jednym ze szczególnie przekonywujących, zdaniem autora, dowodów istnienia związku pomiędzy chorobami oczu i zębów jest spostrzegany przez niego przypadek następujący: po usunięciu plomby, dentysta pragnąc leczyć ząb zachowawczo, założył opatrunek. Następnego dnia wystąpiło nagle pogorszenie wzroku, które ustąpiło natychmiast po usunięciu zęba.

W 1 przypadku autora ząb był po stronie przeciwnej, niż oko chore.

Autor przekonał się, że w licznych przypadkach leczenie bez extrakcji zębów nie dawało pomyślnych rezultatów, a po wykonanem usunięciu chorego zęba następowało polepszenie.

Reasumując autor dochodzi do przekonania, że ogniskowe zapalenia współzawodniczą z gruźlicą jako przyczyną chorób ocznych. Znaczna ilość oftalmologów dziś jeszcze traktuje sprawę zapaleń ogniskowych z pewnym sceptycyzmem, żądając dla nich dowodów bardziej przekonywujących niż dla gruźlicy.

Należy pamiętać, że dla gruźlicy również nie jesteśmy w stanie dostarczyć pewnych dowodów, bezpośrednich.

W chorobach takich, jak chorioiditis disseminata, iritis serosa, scleritis nie znajdujemy pałeczek Kocha i częstokroć nie stwierdzamy właściwej dla gruźlicy budowy histologicznej.

W innych przypadkach wystarcza dodatnia reakcja na tuberkulinę, aby przyjąć pochodzenie gruźlicze choroby.

Jest to tembardziej niesłuszne, że właśnie w przebiegu chorób ocznych nie stwierdzamy świeżych, rozległych zmian w płucach i chorzy na oczy częstokroć odznaczają się kwitnącym wyglądem.

Dla poparcia swej tezy autor przytacza statystykę de *Benedetti*, który na 21,300 zbadanych gruźlików płucnych, znalazł zaledwie u 4 iritis tuberculosa.

W ostatnich czasach daje się zauważyć pewien zwrot w poglądach uczonych niemieckich — nie przypisywania tak wielkiego znaczenia wpływowi gruźlicy na choroby oczu.

Marchensani, później *Schmerer* ogłosili wynik histologicznego badania krwotoków do szklistki u osobników młodych, cierpienia uznawanego do niedawna za pochodzenia gruźliczego.

Prace ich wykazały, że choroba powyższa niema nic wspólnego z gruźlicą, że jest to schorzenie żył, które *Marchesani* nazwał według *Bürgera* trombangitis obliterans.

Odnośnie do gruźlicy z jej zespołem problemów immuno — biologicznych, z najbardziej różnorodnemi obrazami objawów, należy ją przyjąć za czynnik, z którym zawsze trzeba się liczyć przy badaniu chorób oka.

Autor uważa, że ognisko gruźlicze winno być uważane jako jedno z licznych ognisk, wchodzących w skład przyczyn zapaleń ocznych.

S. Topolski.

BIBLJOGRAFJA.

J. Sztajnberger. Contribution a l'étude de la valeur de la réaction de Biernacki dans la tuberculose pulmonaire. Dehan. Montpellier. 1936. Str. 106.

Należy się autorowi wielka wdzięczność po pierwsze za to, że dobitnie i z naciskiem w swej pracy podkreślił zasługę *Biernackiego* jako twórcy metody odczynu opadadania krwinek, po wtóre za szczegółowe przedstawienie całokształtu sprawy z cytowaniem odnośnych prac polskich, przeważnie nieznanych lub pomijanych w piśmiennictwie obcem. Z tego względu omawiana praca stanowi poniekąd wcale skuteczną propagandę nauki polskiej, tak mało znanej i docenianej po za granicami kraju. Co się tyczy samego tematu, to po wstępie historycznym zatrzymuje się autor na technice wykonywania, oddając pierwszeństwo metodzie *Westergrena,* następnie, opierając się na danych przeprowadzonej przez się ankiety wśród wybitnych ftizjologów francuskich, omawia jej wartość ogólną, wskazówki, które ona może dać nam w rozmaitych postaciach gruźlicy płuc, tudzież jej powikłaniach, wreszcie ocenia odczyn ten, jako wskazówkę rokowniczą i jako miernik postępowania leczniczego. Ciekawe i cenne są przytoczone in extenso spostrzeżenia *Arnolda* o wartości odczynu opadania krwinek, jako miernika zdolności do pracy przy wyjściu chorego z sanatorjum. Podług tego autora posiadamy w odczynie *Biernackiego* bardzo czuły i ścisły wskaźnik zezwalający na ocenę, czy chory dany może pracować i czy należy mu przyznać 100% zdolność do pracy, czy też mniej. W końcowych wywodach stwierdza *Szt.* wysoką wartość odczynu opadania krwinek, coprawda nie tyle jako jedynego wskaźnika, ile jako współmiernika, który wespół z innemi danemi badania klinicznego, radjologicznego, bakterjologicznego etc. pozwala na ściślejszą ocenę stanu obecnego i rokowania w gruźlicy płuc.

Dr. Tadeusz Bok. Choroby serca młodzieży w wieku szkolnym. Odbitka z Nowin Społeczno - Lekarskich Nr. 4/1936.

Ostatnio zaczęto zwracać uwagę u nas na zwiększenie u młodzieży częstości chorób serca. *Dr Bok* daje w swej pracy wyraz tej obawie, która, jak się wydaje słusznie, nurtuje głębiej myślące rzesze lekarskie. Już *prof. Janiszewski* stwierdził wśród studentów I roku 13,4% schorzeń serca. Autor na podstawie siedmioletnich spostrzeżeń nad młodzieżą szkolną przychodzi do nie mniej niepokojącego wniosku — stałego wzmagania się chorób serca u młodzieży. Przyczynę tego stanu rzeczy widzi autor przedewszystkiem w przeciążeniu młodzieży szkolnej pracą, tak umysłową, jak i fizyczną, dopiero w drugim rzędzie przypisuje wpływ innym czynnikom, jak np. pokwitaniu, warunkom materjalnym i t. p. Sprawa poruszona przez autora jest zbyt ważna, ażeby nie znalazła szerszego odgłosu, mamy przeto nadzieję, że być może odpowiednie, powołane do tego, ciała naukowe przeprowadzą na szerszą skalę badania młodzieży i zbiorą dane statystyczne z całego kraju, a w razie potwierdzenia stanu rzeczy, przedstawionego w omawianej pracy, wystąpią z programem jego polepszenia i odpowiedniemi wnioskami.

KRONIKA

VI-TY OGÓLNOPOLSKI ZJAZD PRZECIWGRUŹLICZY W WILNIE.

w dniach 31 maja, 1 i 2 czerwca 1936 r.

pod przewodnictwem

Prof. dr. Tomasza Janiszewskiego

Prezydjum Zjazdu: przewodniczący — Prof. Dr. Tomasz Janiszewski z Warszawy, w.-przewodniczący — Dr. Wacław Bądzyński z Wilna, w-przewodniczący — Dr. Lesław Węgrzynowski ze Lwowa, sekretarz — Dr. Stanisław Wąsowicz z Warszawy.

Komitet Organizacyjny Zjazdu: przewodniczący — Dr. Wacław Bądzyński, skarbnik — Doc. Dr. Stefan Bagiński, sekretarz — Dr. Zofja Kuncewicz.

PROGRAM ZJAZDU:

Dnia 31-go maja — niedziela.

Godz. 9.00—9.30: Nabożeństwo w Ostrej Bramie.

Godz. 9.30—10.30: Oddanie hołdu I Marszałkowi Polski Józefowi Piłsudskiemu. Punkt zborny, placyk przed kościołem Św. Teresy.

Godz. 10.30—11.00: Otwarcie Zjazdu przez przewodniczącego Zjazdu Prof. Dr. T. Janiszewskiego.

Godz. 11.00—13.30: Obrady. Temat I biologiczny: „Wartość odczynów biologicznych w rozpozna-

niu gruźlicy: a) u dzieci i młodzieży, b) u dorosłych". Referent do p. „a" Prof. Dr. Jonscher z Poznania. Referent do p. „b" Dr. N. Berdo z Warszawy — Dyskusja Uniwersytet Stefana Batorego, ul. Św. Jańska.

Godz. 13.30—16.00: Przerwa obiadowa.

Godz. 16.00—18.00: Zwiedzanie Instytucyj Wil. Woj. T-wa Przeciwgruźliczego: 1) Poradni Nr. 1 (ul. Wileńska 27 m. 1). Wyjaśnień udzieli Dyrektor T-wa Dr. A. Borowski. 2) Oddziałów gruźliczych Miejskiego Szpitala Zakaźnego, Zwierzyniec, ulica Grodzka 10. Wyjaśnień udzieli ordynator Oddziału Dr. Z. Kuncewicz. 3) Poradni Nr. 2, Stacji Odm i Prewentorjum dziennego W. W. T. P. w lokalu Miejskiego Ośrodka Zdrowia, ul. Wielka 46. Wyjaśnień udzieli Dr. A. Borowski. Punkt zborny w lokalu Wileńskiego Wojewódzkiego T-wa Przeciwgruźliczego, ul. Wileńska 27 m. 1. Po zwiedzeniu Poradni Nr. 1 — przejazd do następnych instytucyj autobusami z placu Orzeszkowej.

Godz. 20.00: Teatr.

Dnia 1-go czerwca — poniedziałek.

Godz. 8.00—10.00: Zwiedzanie zabytków m. Wilna. Punkt zborny — Plac Katedralny.

Godz. 11.00—14.00: Obrady. Temat II kliniczny: „Wyrwanie nerwu przeponowego". Referent Dr. Z. Szczepański z Otwocka. Koreferent Prof. Dr. T. Wąsowski z Wilna. — Dyskusja. Uniwersytet Stefana Batorego.

Godz. 14.00—16.00: Przerwa obiadowa.

Godz. 16.00—19.00: Obrady. Temat III społeczny: „Walka z gruźlicą wśród dzieci i młodzieży". Referenci: Doc. Dr. J. Zeyland, Dr. E. Piasecka - Zeylandowa z Poznania i Dr. St. Popowski z Warszawy. Koreferent Dr. St. Hornung ze Lwowa — Dyskusja.

Godz. 19.00—19.30: Zamknięcie Zjazdu. Uniwersytet Stefana Batorego.

Dnia 2-go czerwca — wtorek.

W y c i e c z k i:

Godz. 9.00—13.00: 1) Punkt zborny — Plac Orzeszkowej. Wyjazd autobusami do Nowo-Trok. Zwiedzanie poradni wiejskiej i zabytków historycznych w Nowo-Trokach; 2) Punkt zborny — przystań na Wilji, ul. T. Kościuszki. Koszt każdej wycieczki ponosi uczestnik (około 3 złotych).

Zgłoszenia na Zjazd przyjmuje sekretarjat VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, Wilno, ul. Wileńska 27 m. 1. Karta uczestnictwa dla członków Zjazdu — 10 zł., dla ich rodzin — 5 zł. Rodziny korzystają ze wszystkich praw członków, lecz nie mają prawa udziału w dyskusji i nie otrzymują druków i pamiętnika Zjazdu. Członkowie Zjazdu i ich rodziny korzystają ze zniżki kolejowej.

Zgłoszenia na wycieczki podczas Zjazdu będą przyjmowane w sekretarjacie Zjazdu — Wileńska 27 m. 1 i przy wejściu na salę obrad.

UWAGA 1: 1) W celu ścisłego wykonania całego programu Zjazdu, obrady, wyjazdy i zwiedzania będą się rozpoczynały punktualnie według godzin oznaczonych. 2) Wobec ograniczonego czasu Członkowie Zjazdu są proszeni o zgłaszanie swego udziału w dyskusji pisemnie na ręce Sekretarza Komitetu Organizacyjnego Zjazdu. W czasie obrad zgłoszenia do dyskusji przyjmowane nie będą.

UWAGA 2: 1) Ministerstwo Komunikacji przyznało uczestnikom VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, mającego się odbyć w Wilnie w dniach 31 maja do 2 czerwca 1936 r., 50%-wą zniżką kolejową na przejazd z miejsca zamieszkania do Wilna i spowrotem. Zniżki kolejowe będą przysługiwać tylko tym uczestnikom, którzy skorzystają z nich w drodze ze swego miejsca zamieszkania do Wilna; uczestnicy, którzy przyjechali do Wilna bez zniżek, nie będą mogli z nich korzystać spowrotem, ponieważ prawo do zniżki w drodze powrotnej daje jedynie pieczęć stacji wyjazdowej, złożona na karcie zniżkowej. 2) Uczestnicy Zjazdu proszeni są o jaknajwcześniejsze nadsyłanie kart zgłoszeń. Ostatni termin nadsyłania zgłoszeń upływa z dniem 20-go maja 1936 roku. 3) Wobec trudności kwaterunkowych, spowodu spodziewanych licznych wycieczek do Wilna, Kom. Org. może zapewnić mieszkanie tylko tym uczestnikom, którzy zgłoszą swój udział przed 1.V. 1936 r.

Z POLSKIEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO.

W niedzielę dnia 29 marca 1936 r. odbyło się w gmachu Polskiego Towarzystwa Higjenicznego doroczne Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Udział w Zebraniu wzięło 40 przedstawicieli 98 Towarzystw Przeciwgruźliczych z całego kraju.

Do Prezydjum Zebrania zaproszono p. Dr. Józefa Batkę, Prezesa T-wa Przeciwgruźliczego w Chrzanowie jako Przewodniczącego i Dr. Stanisława Karasińskiego, Sekretarza Krakowskiego Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego — jako Sekretarza.

Walne Zebranie przyjęło do wiadomości sprawozdanie Prezesa Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Dyrektora Dr. J. Adamskiego oraz udzieliło Zarządowi absolutorjum za rok 1934/35.

Przedmiotem obrad Walnego Zebrania były głównie sprawy dotyczące przygotowawczej Ustawy Przeciwgruźliczej, oraz sprawy koordynacji pracy wszystkich czynników zainteresowanych w walce z gruźlicą, ze szczególnem uwzględnieniem udziału Ubezpieczalni Społecznych i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Wiele uwagi poświęcono również akcji zapobiegawczej przeciwgruźliczej wśród nauczycielstwa i młodzieży szkolnej. Uchwalone w tym względzie wnioski zostaną przedłożone odnośnym czynnikom miarodajnym.

Na Zebraniu uchwalono budżet Związku na rok 1936/37 oraz dokonano uzupełnienia wyborów do Zarządu P. Z. P.

GŁOS WYBITNEGO SPECJALISTY O ZNACZENIU LEKARSKIEJ INSPEKCJI PRACY.

Ekspert komisji higjeny pracy Międzynarodowego Biura Pracy, prof. L. Teleky, zamieścił w jednym z czasopism fachowych szwajcarskich interesujący artykuł na temat znaczenia lekarskiej inspekcji pracy w opiece państwa nad zdrowiem i życiem ludności robotniczej.

Inspekcja pracy — przypomina prof. Teleky — składa się w swych zaczątkach niemal wyłącznie z techników, którzy odegrali doniosła rolę w walce o bezpieczeństwo pracy, mając jednak często do czynienia z zagadnieniami ściśle lekarskiemi w dziedzinie ochrony zdrowia, musieli przywołać do współpracy także lekarzy.

Współpraca lekarzy i inżynierów wydała szczególnie obfite plony w walce z chorobami zawodowemi. Przykładem jej może być historja walki z zawodowem zatruciem ołowiem.

Przez długie lata panował pogląd, że ciężkie to zatrucie zawodowe, występujące wśród hutników ołowiu i cynku, malarzy, drukarzy i robotników fabryk akumulatorów, wywołane jest dostaniem się ołowiu do ust za pośrednictwem brudnych rąk. Stąd też na kontynencie europejskim do 1925 r. uważano mycie rąk po pracy za najważniejszy środek zapobiegawczy w walce z ołowicą. Tymczasem w Anglji, która pierwsza stworzyła lekarską inspekcję pracy, już w 1910 r. jeden z jej członków, dr. Legge odkrył, że zatrucie ołowiem następuje za pośrednictwem powietrza, wskutek zanieczyszczenia go pyłem i parami ołowiu. Odkrycie to oparł na badaniach eksperymentalnych na zwierzętach. Wyniki tych badań posiadały doniosłe znaczenie praktyczne dla walki z ołowicą.

Po wojnie, wzorem Anglji utworzyły lekarską inspekcję pracy wiele państw. Mają ją Niemcy, Belgja, Holandja, Danja, Rosja, Stany Zjednoczone, Australja; ma ją także Polska. Jednak stan liczebny lekarskiej inspekcji pracy jest w wielu państwach zupełnie niewystarczający w stosunku do potrzeb.

W Polsce mamy zaledwie 3 inspektorów lekarzy. Kraj — pisze prof. Teleky — który chce chronić swych obywateli przed szkodliwościami pracy zawodowej, musi posiadać lekarską inspekcję pracy.

DRUŻYNY RATOWNICZE W FABRYKACH.

Drużyny takie zostały zorganizowane w roku ubiegłym w kilkudziesięciu fabrykach łódzkich. Przeszkoleniem członków drużyn zajął się ruchliwy Oddział Polskiego Czerwonego Krzyża, organizując w tym celu specjalny kurs. Ogółem przeszkolono około 230 robotników i robotnic. Pomoc przedsiębiorców w zorganizowaniu i wyszkoleniu drużyn polegała nietylko na poparciu moralnem ale i materjalnem akcji, albowiem firmy pokrywały część kosztów kursu, mianowicie w stosunku 5,— zł. od osoby.

Od szybkiej i właściwej pierwszej pomocy w miejscu gdzie tak wiele zdarza się wypadków, zależy częstokroć zdrowie i życie uszkodzonego. Wpływa ona również na okres niezdolności do pracy.

Dobrze działająca pierwsza pomoc przynosi więc korzyść nietylko robotnikowi, ale także przedsiębiorstwu.

Przykład przemysłu łódzkiego jest jaknajbardziej godny naśladowania we wszystkich fabrykach w Polsce, przedewszystkiem zaś w zakładach małych i średnich, w których niema sanitarjuszy.

„GARBOWANIE" ŻYWEJ SKÓRY ZAPOBIEGA ZAWODOWYM CHOROBOM SKÓRNYM.

Jedno z pism fachowych donosi o nowym interesującym sposobie zapobiegania chorobom skóry u robotników, narażonych na zetknięcie z substancjami drażniącemi skórę, jak np. terpentyna, parafina, lakiery, smary i t. p. Polega ona na „garbowaniu" żywej skóry rąk w celu uodpornienia jej na czynniki chemiczne.

Oryginalna ta metoda została m. in. zastosowana przez niemiecką ekspedycję naukową do Afryki, ażeby zapobiec oparzeniom słonecznym. Do „garbowania" skóry zastosowano preparat pod nazwą „Taktokut". Środek ten okazał się doskonały; nikt z ekspedycji nie uległ oparzeniom, mimo silnego wystawienia na działanie promieni słonecznych.

Wynalazcą tej metody jest pewna firma niemiecka, produkująca smary, która stosuje już od dłuższego czasu „garbowanie" skóry rąk u robotników, wrażliwych na smary. Niektórzy z nich zapadali dawniej na bardzo uporczywy wyprysk (egzema), tak że musieli nawet zaprzestać pracy. Od czasu wprowadzenia „garbowania" skóry przykre te schorzenia zupełnie znikły.

Dzięki temu, że wspomniana firma polecała także swym odbiorcom wynalezioną metodę „garbowania" skóry, środek ten rozpowszechnił się w Niemczech w wielu zakładach przemysłowych. Stosują go m. in. także fabryki środków wybuchowych, farbiarnie, lakiernie, fabryki preparatów do mycia i czyszczenia przedmiotów, fabryki mebli i aparatów, fabryki azotniaku i t. p.

Metoda „garbowania" skóry została w końcu zbadana naukowo przez jedną z klinik dermatologicznych, gdzie stwierdzono nietylko jej działanie zapobiegawcze, ale i lecznicze w zawodowych chorobach skóry.

Samo „garbowanie" skóry polega na wtarciu kilku cm³ garbnika do skóry rąk po dokładnem ich umyciu i odtłuszczeniu. Zabieg wykonywa się codziennie przed rozpoczęciem pracy.

Nowa metoda zapobiegania chorobom zawodowym skóry zasługuje na zbadanie w naszych klinikach dermatologicznych, celem zastosowania jej w praktyce w walce z chorobami zawodowemi w przemyśle.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.